

ISSN: 1676-8019

SANARE

REVISTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS



SANARE

Revista de Políticas Públicas

SANARE, Sobral - 2024. Jan.-Jun.; 23(1), p. 01-145.

Tornar sã, em latim, *SANARE* é uma revista de políticas públicas que tem por finalidade divulgar experiências em políticas públicas na área de saúde coletiva como forma de contribuir com o processo de elaboração e sistematização de novos paradigmas sobre gestão governamental.

CONSELHO EDITORIAL

NACIONAL/NATIONAL

Adriana Gomes Nogueira Ferreira – UFMA
Aluisio Ferreira de Lima – PUCSP
Anyá Pimentel Gomes Fernandes V. Meyer – FioCruz
Betise Mery Alencar Sousa Macau Furtado – UPE
Camilla Araújo Lopes Vieira – UFC
Camilo Darsie de Souza – UNISC
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas – UVA
Cristianne Maria Famer Rocha – UFRGS
Edson Holanda Teixeira – UFC
Eliany Nazaré Oliveira – UVA
Fabiane do Amaral Gubert – UFC
Fernando Sérgio Pereira de Sousa – UFPI
Francisco Arnaldo N. de Miranda – UFRN
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto – UVA
Geison Vasconcelos Lira – UFC
Gerardo Cristino Filho – UFC
Glauberto da Silva Quirino – URCA
Ivaldinete de Araújo Delmiro Gemes – UVA
Izabelle Mont’Alverne N. Albuquerque – UVA
Jeane Félix da Silva – UFRGS
José Jailson de Almeida Junior – UFRN
José Maria Ximenes Guimaraes – UECE
José Olinda Braga – UFC
José Reginaldo Feijão Parente – UVA
Karina Oliveira de Mesquita – ESP-VS

Lielma Carla Chagas da Silva – UVA
Luis Achilles Rodrigues Furtado – UFC
Marcia Maria Mont’Alverne de Barros – UFPB
Maria Adelane Monteiro da Silva – UVA
Maria Corina Amaral Viana – UFC
Maria da Conceição Coelho Brito – FLF
Maria de Fatima Antero Sousa Machado – URCA
Maria Fátima de Sousa – UnB
Maria Rocineide Ferreira da Silva – UECE
Maria Socorro de Araújo Dias – UVA
Maria Veraci Oliveira Queiroz – UECE
Maristela Inês Osawa Vasconcelos – UVA
Milena Rodrigues Soares Mota – UNICEL
Mirna Marques Bezerra Brayner – UFC
Osmar Arruda da Ponde Neto - ESP-VS
Roberta Cavalcante Muniz Lira – UFC
Vicente de Paulo Teixeira Pinto – UFC
Yolanda Flores e Silva – UNIVALI

INTERNACIONAL/INTERNATIONAL

Félix Fernando Monteiro Neto – Univ. do Porto, Portugal
Fco Antonio Loiola - Univ. de Montréal/Québec, Canadá
Mirella Maria Soares Veras - Univ. of Ottawa, Canadá
Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu - Escola Superior de
Enfermagem do Porto, Portugal

PREFEITURA

Ivo Ferreira Gomes
Prefeito

Christianne Marie Aguiar Coelho
Vice-Prefeita

Letícia Reichel dos Santos
Secretária da Saúde

Osmar Arruda da Ponte Neto
Diretor da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia

PRODUÇÃO

Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia - ESP-VS

Maria Socorro de Araújo Dias
Editora-Chefe

Antônio Felipe de Vasconcelos Neto
Diagramação

Osmar Arruda da Ponte Neto
Clébio dos Santos Lima
Maria José Galdino Saraiva

Martônio Holanda
Capa

Editores Assistentes

Versão Digital

S A N A R E, Revista de Políticas Públicas v.23, n.1, Jan./Jun. 2024
- Sobral[CE]: Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia,
2024.

Semestral

ISSN: 1676-8019

1. Políticas públicas 2. Políticas de saúde 3. Saúde
Coletiva

CDD:362.1098131

É permitida a reprodução do material publicado, desde que citada a fonte.

Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia
Av. John Sanford, nº 1320 - Bairro Junco - Sobral/CE
CEP: 62030-362 - Fone:(88) 3695.4266
E-mail: revistasanare.espvs@gmail.com
Portal Sanare: <http://sanare.emnuvens.com.br/>



- 6 EDITORIAL**
- 8 SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA: RETRATOS PSICOSSOCIAIS DA VIDA**
HEALTH OF HOMELESS PEOPLE: PSYCHOSOCIAL PORTRAITS OF LIFE
SALUD DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE: RETRATOS PSICOSOCIALES DE LA VIDA
Francisco Annielton Borges Sousa, Francisca Denise Silva Vasconcelos (in memoriam), Paulo Henrique Dias Quinderé, Ivaldinete de Araújo Delmiro Gemes, Vitória Ferreira do Amaral
- 17 DEPRESSÃO EM HOMENS CISGÊNEROS GAYS: PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS**
DEPRESSION IN CISGENDER GAY MEN: RELATED PREVALENCE AND FACTORS
DEPRESIÓN EN HOMBRES HOMOSEXUALES CISGÉNEROS: PREVALENCIA Y FACTORES RELACIONADOS
Luiz Eduardo Dameda, Priscila Pavan Detoni, Ivana Loraine Lindemann, Lissandra Glusczak, Bruna Chaves Lopes
- 28 CLIMATÉRIO: SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADOS DE MULHERES DE UMA ZONA RURAL**
CLIMACTERIC: KNOWLEDGE AND CARE PRACTICES OF WOMEN FROM A RURAL AREA
CLIMATERIO: CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO A LAS MUJERES EN UNA ZONA RURAL
Rielle Herrera Brandli, Lisie Alende Prates, Isabela Teixeira Bagé, Cenir Gonçalves Tier, Daiana de Paula Fontoura, Ana Paula de Lima Escobal
- 37 SAÚDE BUCAL DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO: POR ONDE COMEÇAR?**
ORAL HEALTH OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE: WHERE TO START?
SALUD BUCAL DE LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS: ¿POR DÓNDE EMPEZAR?
Lia Barros da Fonseca, Maria Sabryna Cândido Evangelista, Luciana Maria Arcanjo Frota, Ernanda Maria de Araújo Sales, Myrna Maria Arcanjo Frota Barros, Pedro Henrique Acioly Guedes Peixoto Vieira
- 46 AVALIAÇÃO DO LETRAMENTO EM SAÚDE DE PESSOAS COM HANSENÍASE EM UMA REFERÊNCIA SECUNDÁRIA DO PIAUÍ**
ASSESSMENT OF HEALTH LITERACY OF PEOPLE WITH LEPROSY IN A SECONDARY REFERENCE IN PIAUÍ
EVALUACIÓN DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD DE PERSONAS CON LEPROA EN UNA REFERENCIA SECUNDARIA EN PIAUÍ
Lara Beatriz de Sousa Araújo, Raimundo Leoberto Torres de Sousa, Julieta Lopes Fernandes, Olívia Dias de Araújo
- 57 EPIDEMIOLOGIA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA DURANTE O TRATAMENTO NEOPLÁSICO NO INTERIOR DO CEARÁ**
EPIDEMIOLOGY OF WOMEN WITH BREAST CANCER DURING NEOPLASTIC TREATMENT IN CEARÁ
EPIDEMIOLOGÍA DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DURANTE EL TRATAMIENTO NEOPLASICO EN EL INTERIOR DE CEARÁ
Guarany Montalverne de Arruda, Lailton Oliveira da Silva, Louhanna Pinheiro Rodrigues Teixeira, Anderson Weiny Barbalho Silva, José Jackson do Nascimento Costa, José Juvenal Linhares
- 63 FATORES DETERMINANTES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM ADOLESCENTES**
IMPACT FACTORS AND STRATEGIES FOR COPING SELF-INFRINGEED VIOLENCE IN ADOLESCENTS
FACTORES DE IMPACTO Y ESTRATEGIAS PARA ENFRENTAR LA VIOLENCIA AUTOINFRACCION EN ADOLESCENTES
Rogerianny Lopes Farias, Heryca Laiz Linhares Balica, Maria Adelane Monteiro da Silva, Maria Suely Alves Costa, Maria Socorro de Araújo Dias
- 75 REPERCUSSÕES DA COVID-19 NO CUIDADO EM SAÚDE DE USUÁRIOS COM DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**
REPERCUSSIONS OF COVID-19 ON THE HEALTH CARE OF USERS WITH CHRONIC PAIN IN PRIMARY CARE
REPERCUSIONES DEL COVID-19 EN LO CUIDADO DE LOS USUARIOS CON DOLOR CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA
Daniela Klunck, Thaís Botelho da Silva

- 87** **OBESIDADE INFANTIL SOB A ÓTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA INTERVENÇÃO EM SAÚDE**
CHILDHOOD OBESITY FROM A PRIMARY CARE PERSPECTIVE: A HEALTH INTERVENTION
LA OBESIDAD INFANTIL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: UNA INTERVENCIÓN SANITARIA
Francisco dos Santos Paiva Júnior, Karine da Silva Oliveira
- 95** **GINÁSTICA LABORAL COMO PRÁTICA CORPORAL NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO INTEGRAL DO TRABALHADOR DA SAÚDE**
OCCUPATIONAL GYMNASTICS AS A BODY PRACTICE FROM THE PERSPECTIVE OF COMPREHENSIVE CARE FOR HEALTH WORKERS
LA GIMNASIA LABORAL COMO PRÁCTICA CORPORAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PERSONAL SANITARIO
Barbara Maria Braga Britom, Neires Alves de Freitas, Manoel Artur Ferreira Sousa Filho, Quitéria Larissa Teodoro Farias
- 101** **ESTRATÉGIAS DE CUIDADO PSICOSSOCIAL COM PESSOAS COM TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE**
PSYCHOSOCIAL CARE STRATEGIES FOR PEOPLE WITH DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER
ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO
Maria Gabriela Barbosa Vieira, Erika Renata Trevisan
- 112** **EDUCAÇÃO FÍSICA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: VIVÊNCIAS PELA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE**
PHYSICAL EDUCATION IN THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK: EXPERIENCES THROUGH THE INTEGRATED HEALTH RESIDENCE
EDUCACIÓN FÍSICA EN LA RED DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL: VIVENCIAS A TRAVÉS DE LA RESIDENCIA INTEGRADA EN SALUD
Renan Martorelli Lima, Claudio Lucas da Silva Farias, Rômulo Celly Lima Siqueira, Bráulio Nogueira de Oliveira
- 119** **METODOLOGIA PSICODRAMÁTICA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE JOVENS EM CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**
PSYCHODRAMATIC METHODOLOGY IN YOUTH HEALTH EDUCATION IN COMPLIANCE WITH SOCIO-EDUCATIONAL MEASURES: AN EXPERIENCE REPORT
METODOLOGÍA PSICODRAMÁTICA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE JÓVENES EN EL CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS: UN RELATO DE EXPERIENCIA
Tatiana Santos da Silva Fontenele, Irys Graciene de Vasconcelos Rodrigues, Erika Vanessa Serejo Costa
- 126** **REGULAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DO ABSENTEÍSMO DE EXAMES E CONSULTAS ESPECIALIZADAS**
HEALTHCARE REGULATION: STRATEGIES FOR REDUCING ABSENTEEISM IN EXAMS AND SPECIALIZED CONSULTATIONS
REGULACIÓN SANITARIA: ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL ABSENTISMO EN EXÁMENES Y CONSULTAS ESPECIALIZADAS
Jéssica Fernandes Lopes, Lidiane Batista de Almeida, Mariana de Menezes Prado Pinto, Márcio Venício de Alcantara, Marcos Aguiar Ribeiro, Francisco Cleiditon Costa Silva
- 133** **REPENSANDO O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SOMATIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL**
RETHINKING THE SUMMATIVE ASSESSMENT INSTRUMENT: EXPERIENCE REPORT IN MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN MENTAL HEALTH
REPLANTEANDO EL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN SUMATIVA: RELATO DE EXPERIENCIA EN RESIDENCIA MULTIPROFESSIONAL EN SALUD MENTAL
Barbara Frigini De Marchi, Nelson Francisco Serrão Júnior

140 AROMATERAPIA E AUTOCUIDADO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA JUNTO A UM GRUPO DE IDOSOS

AROMATHERAPY AND SELF-CARE IN HEALTH: AN EXPERIENCE REPORT WITH A GROUP OF ELDERLY PEOPLE

AROMATERAPIA Y AUTOCUIDADO EN SALUD: UN REPORTE DE EXPERIENCIA CON UN GRUPO DE PERSONAS MAYORES

Karine da Silva Oliveira, Antônio Lucas Siqueira Ximenes, Marília de Sousa Frota, Yana Paula Bastos Brandão, Samara Evangelista da Silva, Neires Alves de Freitas



FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE PARA A QUALIFICAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO SUS

Inicialmente, é preciso lembrar da importância do desenvolvimento institucional da área de recursos humanos em saúde/gestão do trabalho e da educação na saúde (RHS/GTES) no Sistema Único de Saúde (SUS) – da pluralidade teórica que atravessa diferentes conceitos; do contexto histórico-político da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e dos movimentos e estratégias feitos e que precisam continuar para a sustentabilidade dessa política.

Dentro da pluralidade de termos, noções, conceitos encontrados em artigos, livros, portarias, relatórios etc., esses evidenciam a existência de diferentes teorias que foram incorporadas à prática da pesquisa, à formulação de políticas e à gestão institucional, desde a teoria do capital humano, nos anos 50 – a importância das pessoas no desenvolvimento dessas políticas; às diversas correntes de pensamento que atravessaram a área de administração e planejamento em saúde, nos anos 70, bem como da economia política e da educação, nessa mesma década. Houve também a incorporação de noções advindas da sociologia das profissões, nos anos 80.

O amadurecimento teórico-conceitual da área é decorrente da inserção dessa temática na agenda política da Reforma Sanitária Brasileira, a partir dos anos 70 do século passado e também do desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre esse tema no campo da Saúde Coletiva.

Não se pode deixar de destacar um momento fundamental: a 8ª Conferência Nacional de Saúde que, com todo o movimento de atores e sujeitos em defesa da Reforma Sanitária Brasileira, permitiu por meio da Constituição Federal de 1988 o estabelecimento do importante papel do SUS enquanto ordenador da formação de recursos humanos na área de saúde; a Lei n.º 8080/90, por exemplo, trouxe a articulação entre as esferas de governo para a formalização e execução da política de recursos humanos em saúde. Posteriormente, ocorre a II Conferência Nacional de Recursos Humanos, em 1993, cuja centralidade era a problemática de recursos humanos como uma temática fundamental e, ao mesmo tempo, um nó crítico que precisava ser resolvido: a constatação real da ausência de uma política de recursos humanos para o SUS, alertando sobre as consequências desastrosas desse fato para a implementação do SUS, e indicando a necessidade de se regular imediatamente o art. 200, inciso III, da Constituição Federal.

Outro marco importante foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, quando da reestruturação do Ministério da Saúde (MS). Com a criação da SGTES, além de instituir as diretrizes nacionais da política de RHS, foram adotadas estratégias indutoras com investimentos técnicos, políticos e financeiros para a qualificação da gestão e dos trabalhadores da saúde.

A elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH-SUS), em 2003, foi um marco e orientou a pauta da III Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, realizada em 2006. Então, veio o amadurecimento teórico-conceitual que leva à problematização do termo “recursos humanos em saúde”, que foi substituído por “trabalho e educação na saúde”, tomando o trabalho como eixo condutor, o papel do trabalhador e da formação no sentido de formar sujeitos críticos, epistêmicos, público e avaliativos.

Dezoito anos depois da realização da última conferência, a III GTES, em 2006, observa-se um marco da aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde da IV Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (IV CNGTES), que será realizada em 2024, com o tema “Democracia, Trabalho e Educação na Saúde para o desenvolvimento: gente que faz o SUS acontecer”. Ressalta-se a importância da recuperação do conceito de trabalho em saúde como tema de relevância pública, a valorização das pessoas que constroem o Sistema Único de Saúde (SUS), em suas diversas dimensões continentais.

A IV CNGTES está sendo realizada sob um contexto histórico no Brasil, após uma série de ações que desrespeitaram os direitos trabalhistas e promoveram o enfraquecimento das políticas públicas, destacando a de GTES. Soma-se a isso, o impacto da pandemia de covid-19 e sua repercussão direta no mercado de trabalho, com o aumento de desemprego e a

ampliação das vulnerabilidades das trabalhadoras e dos trabalhadores, ampliando a desproteção social e submetendo-os a condições de trabalho, por vezes, inaceitáveis.

Sobre a sustentabilidade é preciso promover o desenvolvimento de capacidades (investimentos cumulativos que fortalecem a capacidade de governar); da capacidade de alinhar os serviços públicos às necessidades dos cidadãos; capacidade de lidar com problemas, adaptar-se às mudanças, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas, e que tenha total relação com investimentos feitos no setor público. Então, enquanto sujeitos implicados nesse processo, precisamos pensar em como sustentar, apoiar e cuidar dessa política; pensar o consenso sobre princípios, propósitos e estratégias de ação. É preciso identificar essas estratégias de viabilidade para colocar a educação permanente em saúde como prioridade governamental, com o desenvolvimento de capacidade técnica, estrutura organizacional, recursos e apoio político.

Por fim, ressalto o caráter valioso dessa edição, a contribuição para a reflexão e as novas agendas no/do SUS.

Desejamos uma boa leitura e abertura de novos caminhos.

Célia Maria Borges da Silva Santana

Servidora Pública. Diretora Geral da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco.



SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA: RETRATOS PSICOSSOCIAIS DA VIDA

HEALTH OF HOMELESS PEOPLE: PSYCHOSOCIAL PORTRAITS OF LIFE
SALUD DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE: RETRATOS PSICOSOCIALES DE LA VIDA

Francisco Anielton Borges Sousa ¹

Francisca Denise Silva Vasconcelos (in memoriam) ²

Paulo Henrique Dias Quinderé ³

Ivaldinete de Araújo Delmiro Gemes ⁴

Vitória Ferreira do Amaral ⁵

Como Citar:

Sousa FAB, Vasconcelos FDS, Quinderé PHD, Gemes IAD, Amaral VF. Saúde da pessoa em situação de rua: retratos psicossociais da vida. *Sanare*. 2024;23(1).

Descritores:

Estratégia Saúde da Família;
População em Situação de Rua;
Pobreza.

Descriptors:

Family Health Strategy; Homeless
Population; Poverty.

Descriptores:

Estrategia de Salud de la Familia;
Población en Situación de Calle;
Pobreza.

Submetido:

04/10/2023

Aprovado:

10/01/2024

Autor(a) para Correspondência:

Francisco Anielton Borges Sousa
E-mail: annielton.borges@
faculdadef5.com.br

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo compreender como se dá o cuidado da Estratégia Saúde da Família a partir da percepção dos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família, bem como da pessoa em situação de rua. O estudo dessas populações permite uma série de reflexões sobre o posicionamento dos componentes desse grupo na sociedade atual e, conseqüentemente, sobre o relacionamento de tais sujeitos com o restante da população. É evidente, porém, a condição de pobreza em que vivem e o tratamento discriminatório que recebem por parte do poder público e da maioria dos habitantes da cidade. O estudo se caracteriza pela natureza exploratória descritiva, com abordagem qualitativa, realizada no município de Sobral, Ceará. Participaram da pesquisa: profissionais do Centro de Saúde da Família e as pessoas em situação de rua que estão sendo acompanhadas pelo Centro POP – com os vínculos familiares interrompidos e sem moradia convencional regular. Através da aproximação com os profissionais e usuários do Centro POP, pode-se perceber o olhar acerca do cuidado à pessoa em situação de rua, no que concerne às políticas de saúde direcionadas a essa população, que possui tantas particularidades e complexidades.

1. Prof. Me. da Faculdade 5 de julho e Centro Universitário UNINTA. E-mail: annielton.borges@faculdadef5.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0692-782X>

2. Profa. Dra. da Universidade Federal do Ceará. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3997-7869>

3. Prof. Dr. da Universidade Federal do Ceará. E-mail: pauloquindere@sobral.ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8470-1909>

4. Profa. Dra. da Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: ivaldinetedelmiro@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2857-1502>

5. Profa. Ma. da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: vycoriaamaral@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4255-2033>

ABSTRACT

The research aimed to understand how Family Health Strategy care is provided based on the perception of professionals from the Family Health Strategy team, as well as of the homeless person. Studying homeless individuals allows for a series of reflections on the position of this group's components in current society and, consequently, on the relationship of such individuals with the rest of the population. Nonetheless, the poverty in which they live and the discriminatory treatment they receive from the government and most city residents is evident. The study is characterized by its exploratory descriptive nature, with a qualitative approach, conducted in the municipality of Sobral, Ceará. Participants in the research included professionals from the Family Health Center and homeless individuals being assisted by the POP Center – individuals with interrupted family ties and without regular conventional housing. By approaching professionals and POP Center users, we can have an insight on the perspective regarding the care for homeless individuals, concerning health policies directed at this population, which has so many peculiarities and complexities.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue comprender cómo se presta la atención en la Estrategia de Salud de la Familia, a partir de las percepciones de los profesionales del equipo de la Estrategia de Salud de la Familia, así como de las personas sin hogar. El estudio de las personas sin hogar permite una serie de reflexiones sobre la posición de los miembros de este colectivo en la sociedad actual y, en consecuencia, sobre su relación con el resto de la población. Sin embargo, es evidente que viven en la pobreza y reciben un trato discriminatorio por parte del poder público y de la mayoría de los habitantes de la ciudad. El estudio se caracteriza por su carácter exploratorio descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado en el municipio de Sobral, Ceará. Participaron profesionales del Centro de Salud de la Familia y personas sin hogar en seguimiento por el Centro POP - con lazos familiares rotos y sin vivienda convencional regular. El acercamiento a los profesionales y a los usuarios del Centro POP nos permitió ver cómo se concibe la atención a las personas en situación de calle desde el punto de vista de las políticas de salud dirigidas a esa población, que presenta tantas particularidades y complejidades.

INTRODUÇÃO

No Brasil existe um número significativo e crescente de Pessoas em Situação de Rua (PSR), com variados modos de relações e de vida, com e na rua. Essa realidade desvela desafios estruturais de garantia da cidadania dessa população em um contexto de invisibilidade social, que atravessa a vida de homens, mulheres, crianças, jovens, adultos e idosos, com diferentes contextos e realidades, mas que têm em comum a condição de pobreza e da violência social. As contingências que levam as suas existências à rua podem variar, englobando desde o uso abusivo de álcool e outras drogas, falta de emprego, rompimento com laços afetivos familiares, violências, bem como podem ser decorrentes de perdas importantes, dentre outras circunstâncias que levam a rua a ser o espaço de moradia e existência^{1,2}.

Estima-se que, em 2021, existiam cerca de 281.472 PSR no Brasil, conforme dados elencados na pesquisa sobre a “Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2021-2022)”, sendo que a região Sudeste concentra mais de 50% do total dessa população.

No entanto, observa-se o crescimento de PSR nas regiões Norte e Nordeste, seguidas por Sudeste e Centro-Oeste³. Além disso, destaca-se que as PSR, geralmente, não usufruem de políticas públicas e não acessam os sistemas de saúde⁴. Nesse sentido, o Centro de Saúde da Família (CSF) – local onde atuam as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), integrante da Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial, e fundamentado nas diretrizes definidas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), busca atuar nos diferentes problemas e necessidades das PSR. Em consonância a essa política, Sobral, município localizado na região noroeste do estado do Ceará, Brasil, passou a ser responsável por manter serviços e programas de atenção à PSR, garantindo padrões básicos de dignidade e não violência, bem como a concretização dos direitos de cidadania a esse segmento social.

Em Sobral, o CSF é a porta de entrada aos serviços de saúde, propiciando atenção integral e longitudinal, coordenando o cuidado e prestando atenção à saúde das PSR. Enquanto estratégia para melhor articular o cuidado, o município conta com

três CSF, que atuam de modo direto com o Centro de Referência para a População em Situação de Rua (Centro POP), e esses serviços contam com o apoio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, conforme as necessidades dos usuários.

A PSR é uma problemática social e requer do Estado intervenções que levem em conta como constituir as formas de sobrevivência desenvolvidas. Conhecer os que vivem nas ruas, identificar suas necessidades sociais e a complexidade de seu processo saúde-doença, assim como os motivos que os levaram às ruas é uma condição indispensável para a construção de um modelo de atenção universal, equânime e integral^{5,6}. A existência de PSR representa as contradições gritantes de uma sociedade que tem a seguridade social como direito constitucional e que assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Diante do exposto, buscou-se responder aos seguintes questionamentos: Qual o perfil da pessoa em situação de rua do município de Sobral, Ceará? Quais políticas de saúde são desenvolvidas para essa população na ESF? Como é estruturado o cuidado à população em situação de rua, no âmbito da ESF?

Desse modo, este estudo visa compreender como ocorre o cuidado à PSR, na ESF, a partir da percepção dos profissionais da CSF e das próprias pessoas em situação de rua.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, realizado no período de agosto a setembro de 2019. A pesquisa foi realizada no Centro POP do município de Sobral, Ceará, assim como nos CSF.

O Centro POP de Sobral é um serviço cujo objetivo é promover a reintegração das PSR às famílias e à sociedade, com cidadania e dignidade, e integra o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Esse serviço tem capacidade para 25 atendimentos diários, com almoço, banho, cursos técnicos, acompanhamento especializado e políticas públicas de acesso à cidadania. O serviço funciona desde abril de 2014, prestando atendimento individualizado e escuta especializada de PSR, para então poder encaminhá-las a outros serviços públicos. O Centro POP de Sobral conta como parceiros os CSF, a Secretaria de Educação e Coordenadoria de Habitação

da Secretaria de Conservação e Manutenção Urbana.

A pesquisa teve como participantes seis pessoas em situação de rua com vínculo familiar interrompido e sem moradia convencional regular, sendo acompanhadas pela equipe do Centro POP, e 11 trabalhadores de saúde que atuam no CSF, sendo estes: quatro enfermeiras, um auxiliar de farmácia e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Destaca-se que todos os participantes aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

Foram excluídos os trabalhadores que não estavam atuando nesses dispositivos de cuidado há pelo menos um ano e as PSR que tinham algum suporte familiar, bem como aqueles que não aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, norteada por duas perguntas abertas para os profissionais do CSF e duas perguntas às PSR. Ressaltamos que antes de cada entrevista foram informados os objetivos do estudo e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todas as entrevistas foram gravadas sob a permissão dos sujeitos participantes. Para o levantamento do perfil dos usuários acompanhados pelo Centro POP utilizou-se um formulário para o levantamento das variáveis sociodemográficas.

Objetivando-se a análise das informações, aplicou-se a análise temática segundo Minayo⁷, que se baseia nas etapas: 1) Pré-análise: leitura flutuante, constituição do *corpus*, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos; 2) Exploração do material ou codificação: busca por categorias, que são expressões ou palavras significativas, em função das quais o conteúdo de uma fala é organizado; e 3) Tratamento dos resultados obtidos/interpretação: o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente, ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

O estudo foi realizado em conformidade ao preconizado pela Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no que se refere às pesquisas envolvendo seres humanos⁷. A pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 16829519.6.0000.5053. A fim de manter o anonimato dos participantes, utilizaram-se as iniciais PSR para os participantes que estão em situação de rua, e

PS para os participantes profissionais da saúde, seguidas de uma letra do alfabeto, por exemplo: PSR-A e PS-A.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados foi realizada com 11 profissionais do CSF, sendo quatro do nível superior e seis do nível médio: quatro enfermeiras, um auxiliar de farmácia e seis ACS, todos com mais de dois anos de atuação no serviço; e seis PSR, sendo duas mulheres e quatro homens, todos com vínculos interrompidos com suas famílias e há mais de seis meses em situação de rua.

A partir da análise das entrevistas foram elencadas algumas categorias: a organização no CSF, o acolhimento à PSR, o vínculo como um desafio e o autocuidado da PSR.

A organização para o cuidado: o Centro POP é o “centro”

As análises apontaram que o acesso das PSR aos CSF ocorre de maneira contínua, sem a necessidade de haver um protocolo específico para o atendimento desse público. Passam pelo fluxo normal, em que se pode estabelecer um contato com o serviço de referência para o Centro POP. Isso demonstra que não há, por parte dos CSF, uma incorporação dessa população sem que haja construção de preconceitos quanto à sua condição de estar em situação de rua.

Quando indagados os sujeitos da pesquisa sobre o acesso da PSR ao serviço de saúde e qual fluxo é ofertado no CSF, foi possível perceber que mesmo sendo frequente o acesso deles e as peculiaridades que apresentavam, não existia distinção na organização do serviço, como pode ser observado na fala do profissional de saúde:

[...] o acesso é fácil no sentido que sempre que eles chegam são atendidos, passam pelo fluxo normal da unidade, seria uma acolhida, aferição de sinais vitais e uma avaliação prévia pela enfermeira, e, como qualquer usuário da unidade, se houver necessidade ele passa pelo atendimento médico, se for algo de urgência e emergência, e se não tivermos como prestar aquela assistência no momento ele é encaminhado; se precisar de agendamento, ele já fica agendado, se for necessário atendimento especializado, a gente deixa na unidade para fazer essa marcação. Quando marcado, o nosso contato

é o Centro POP (PS-D).

Com isso, percebe-se que existe um acesso fácil para o atendimento, porém segue um fluxo que não garante a permanência do sujeito no CSF, pois o tempo do sujeito que está nas ruas é diferente dos demais, principalmente quando ele tem alguma ocupação; com isso, ele pode não aguardar numa fila para a consulta médica, odontológica ou de outros profissionais.

Não há uma responsabilização da unidade nem do Centro POP, então essa pessoa fica solta [...] se tiver um paciente de tuberculose, como a gente vai fazer? Onde eu vou encontrar ele? Como eu vou colocar o ACS desta área para ir para outra área atrás daquele indivíduo que está em tratamento de tuberculose? [...] (PS-D).

O acesso universal à saúde é um direito constitucional garantido a todos os cidadãos brasileiros, mas ainda há populações em situação de extrema vulnerabilidade, como a população em situação de rua, para a qual persistem barreiras ao acesso e ao cuidado em saúde, mantendo-a invisível para o sistema. Contrariando o preceito da equidade na atenção, essa população tem dificuldade de acessar o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua porta de entrada principal – a Atenção Primária à Saúde (APS), utilizando, em geral, as emergências nas situações agudas ou de risco iminente à saúde e à vida.

Além disso, a PSR tem uma heterogeneidade e um limite diferente em sua capacidade de pertencer e incluir-se na cidade. Observa-se que “alguns elementos são comuns a essa população, como o isolamento e a dificuldade de estabelecer contato”⁸:

Eu percebo que eles têm medo, chegam na unidade, é um ambiente diferente para eles, aí eles já chegam ‘armados’. A gente pergunta: ‘você veio de onde?’ ‘Centro POP’. ‘Você tem a ficha?’ ‘Centro POP’, ele não ‘enxerga’ o que estamos perguntando, muitas vezes estão alcoolizados, estão com medo, só sabem dizer Centro POP e que querem se consultar, eles não têm uma tranquilidade quando chegam na unidade (PS-G).

Outro ponto de destaque é que também dificulta a população em situação de rua a ter acesso à saúde é a falta de documentos, pois muitos deles perderam, foram assaltados ou têm alguma pendência judicial

e têm receio de serem identificados, entre outros motivos. Por ser necessário apresentar alguns documentos para acessar os serviços de saúde, ficam restritos a esse cuidado básico:

Me deparei com um que era de fora e queria se consultar no posto, 'cadê o documento, sua identidade?' 'Tenho não'. Aí fica difícil para fazer o cartão do SUS, não sabia o nome completo (PS-E).

A ESF, implementada em seus atributos de primeiro contato, vínculo longitudinal, integralidade e coordenação da atenção, deveria estar apta a prestar o cuidado integral a populações vulneráveis, como a dos moradores de rua. Sistemas de Saúde com forte referencial na ESF são mais efetivos, mais satisfatórios para a população, têm custos menores e são mais equitativos, mesmo em contextos de grande iniquidade social. As PSR, quando questionadas sobre seu acesso ao CSF, apontaram que buscavam sempre o apoio do Centro POP como esse intermediador, por ser mais fácil e uma garantia de ter a necessidade assistida:

[...] como as coisas se tornam mais fácil, através de um encaminhamento de um psicólogo, assistente social, que às vezes o atendimento rápido nos postos, como também no CRIS, como também nos hospitais, Santa Casa, que eu passo, eu sou bem atendido, através do encaminhamento, através de orientação, nós somos encaminhados pelo centro POP (PSR-E).

O acolhimento nas unidades básicas: o vínculo como um desafio

O acolhimento é fundamental na responsabilização da equipe e também contribui na formação de vínculo com o usuário, uma vez que a demanda apresentada por ele deve ser acolhida, executada, problematizada e reconhecida como verdadeira^{9,10}. Ainda que seja necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas profissionais, é indispensável que os CSF estejam abertos e preparados para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades e os imprevistos. Entretanto, quando isso se trata da PSR, a equipe tem uma dificuldade de executar, como pode ser visto na fala a seguir:

No posto de saúde, eu sempre atendo, geralmente chega aqui com um corte, coisas básicas, porque eles não têm um

acompanhamento nas unidades, porque eles andam em muitos locais e não tem prontuário; eu nunca atendi paciente morador de rua com prontuário até porque eles não têm residência fixa (PS-C).

Percebe-se nesse discurso que existe uma atenção para a PSR e suas especificidades, de modo que os profissionais tentam fazer o cuidado de uma maneira diferenciada, promovendo direitos ao sujeito, porém o contexto em que estão inseridos a PSR e o profissional da Atenção Básica não favorece esse estreitamento do cuidado, pois o estigma se torna uma barreira entre eles.

Eu vejo aqui no posto. Quando eles vêm do Centro POP, eles se identificam que são do Centro POP, muitos deles chegam alcoolizado, agressivo... eles querem ser atendidos logo, não têm paciência para esperar (PS-F).

Nesse caso, o uso de substâncias psicoativas por PSR não se liga unicamente à sensação de prazer, mas correlaciona-se também às sensações de euforia, poder, alterações psíquicas contra a triste realidade à qual estão submetidas, entre outros. Constitui-se, então, como uma ferramenta química para amenizar as consequências de um sintoma da insanidade social que exclui esses cidadãos de direito^{1,11}. Alguns sujeitos que vivem nas ruas trazem em seus discursos o uso de substância como algo que prejudica a saúde e o processo de cuidado:

Mas sempre eu vou, eles me recebem bem [...] aquela coisa toda de médico, aí eu penso, né, mas quando a gente chega na rua, aí nego começa a tribular nas drogas, né? Porque eu uso, eu uso droga, né, não vou mentir, aí quando nego começa a beber e a tribular, nego não se lembra de nada, aí eu passo dois meses, três meses sem ir, é isso (PSR-B).

O vínculo como um desafio

A situação de rua é geralmente relatada como advinda de processos sociais, políticos e econômicos excludentes, "encerrando em si o trinômio exprimido pelo termo exclusão: expulsão, desenraizamento e privação"¹². Não raramente é também relacionada à fragilização ou ao rompimento de vínculos outrora configurados¹³⁻¹⁷, o que evidencia os processos de resistência, enfrentamento e ressignificação vividos

por esses indivíduos.

É comum o encontro com o termo vínculo quando em menção ao vínculo de apego, ressaltado por autores como Ainsworth¹⁸ e Bowlby¹⁹ em suas teorias, que comportam categorias diversas como: seguro, ansioso-ambivalente, inseguro-evitativo e ansioso-desorganizado, sempre considerando o par mãe-bebê. Para esse último, o apego é um mecanismo básico do ser humano, que corresponde a uma necessidade de proteção e segurança. Esse vínculo se estabelece nas primeiras relações durante a infância, que iniciam o que depois se generalizará nas expectativas sobre si mesmo, os outros e o mundo em geral, com implicações importantes na personalidade em desenvolvimento¹⁹.

Durante as entrevistas com os profissionais da ESF, um dos pontos elencados como maior desafio a ser trabalhado com a PSR é o vínculo:

O vínculo, porque o paciente chega aqui, eles simplesmente dizem aquilo que está sentindo... não tem vínculo com agente de saúde, não tem vínculo conosco, ele vem aqui como se fosse para uma unidade hospitalar, resolver o problema dele e pronto (PS-A).

Diante dos discursos, pode-se perceber uma vinculação fragilizada por parte da equipe do CSF quando se deparam com a realidade da PSR, de modo que existe uma relação diferente dos demais usuários que utilizam o CSF. Para Hinde²⁰, um relacionamento envolve uma sequência de interações, ou seja, intercâmbios entre dois indivíduos limitados no tempo. Pela carga de fatores subjetivos, como expectativas, emoções e atitudes que o permeiam, é possível afirmar, ainda, que um relacionamento pode continuar mesmo que as interações já não se deem. Quanto a isso, observa-se que grande parte das pessoas em situação de rua parece não assumir o isolamento como algo próprio do manejo de suas vidas. Nesse sentido, Kunz¹⁵ pondera que “o viver na rua não se garante com práticas de isolamento e sem trocas, faz-se necessário tecer redes de solidariedade. Quem cai na rua não tem como viver sozinho. Para ser aceito ‘não pode ser um parasita’ [...]”.

[...] o vínculo que a gente consegue ter com eles é a porta aberta da unidade e o acesso garantido, então isso acaba vinculando, deles sempre quererem vir para cá e serem atendidos [...] (PS-D).

Estabelecer vínculos é uma aprendizagem possível e uma dimensão humana que pode ser desenvolvida. Para isso, alguns pressupostos são necessários: o despojamento e a empatia, a capacidade de compreender sem julgar e o respeito, que estabelece limites. A convivência com a população em situação de rua ensina a caminhar sempre, sem desanimar, e a construir caminhos partilhados. Mesmo quando se tem pressa, como em situações de saúde e aderência ao tratamento, não é o cuidado não utilitarista, mas a resposta que humaniza e vincula que podem oferecer as melhores conquistas.

Frangella²¹ põe em xeque a estabilidade desses novos vínculos ao afirmar que a formação de grupos de indivíduos em situação de rua é norteadada pela espacialidade e pela temporalidade, que se pautam na mobilidade contínua e na inconstância. Dessa forma, as relações teriam por característica a efemeridade, que acaba por trazer consigo desconfiança e reserva entre os pares. Assumindo a perspectiva adotada por Frangella²¹, seria possível dizer que, muitas vezes, as relações se resumem a interações, ou seja, relações limitadas no tempo²⁰.

Eles mudam muito, essa semana eles estão lá, na próxima semana, quando vamos, já não estão, porque eles não ficam muito em um ponto fixo... (PS-I).

Outro fator que contribui significativamente para a não vinculação é a questão do preconceito da sociedade em relação a esses indivíduos, pois as pessoas desprovidas de família, emprego, residência e bens materiais são taxadas pela sociedade de mendigos, indigentes, desocupados, vagabundos e uma série de outros estereótipos, dos quais a cidadania assume papel coadjuvante.

[...] como a gente pega muito a área central, a sociedade aqui é muito cheia de preconceito, e fica complicado, pois eles até chegam para pedir ajuda, até chegam para pedir uma informação ou orientação, mas aí tem aquela coisa do preconceito... (PS-I).

Silva²² caracteriza a construção de novos vínculos como não menos expressivos do que os rompidos ou enfraquecidos na e/ou pela situação de rua. Segundo ele:

A carência material não compreende ausência de vínculos, mas reporta para a invenção de novas conexões de interação no meio

público; e para a construção de sistemas de significados que definem papéis, vinculam e constituem agenciamentos coletivos que exploram a rua como um espaço social possível.

Casado²³, por sua vez, afirma não ser possível falar em relacionamentos de uma forma geral sem considerar uma constante evolução. Assim, ao longo do tempo, são originadas novas configurações, mediante o surgimento de novos vínculos e deterioração de outros. Nesse sentido, apesar de formas de ressocialização serem propostas com frequência na literatura²⁴, parece pouco provável que indivíduos em situação de rua venham a estabelecer relacionamentos com configurações idênticas aos de quando eram domiciliados.

O autocuidado da PSR: esperando a ajuda de Deus

A PSR é facilmente reconhecida devido à forma como se apresenta, geralmente com vestes sujas e sapatos surrados, denotando seu estado de vulnerabilidade pela sua condição, e expressando sua singularidade nos pertences que carrega. Perante esse contexto, tem-se que o universo social dessa população não é criado ou escolhido por indivíduos que vivem nessa condição, mas foi criado por circunstâncias alheias à sua vontade, tornando-se uma subcultura, mesmo que limitada ou incompleta. Para os sujeitos desta pesquisa questionou-se como eles cuidavam da saúde:

Eu escovo os dentes normalmente, eu tomo banho normalmente... (PSR-A).

[...] na parte da higiene a gente toma um banho, escova os dentes, se estiver sentindo algumas coisas eles aí dão remédio pra gente, aí tem alimentação e dessa forma vai indo... (PSR-C).

[...] a limpeza, higiene, me previno e tudo, venho só tomar banho... (PSR F).

Observa-se que a manutenção da higiene pessoal foi uma questão trazida pelos informantes como associada ao cuidado da saúde. No cotidiano nas ruas, os cuidados higiênicos, como banho, escovação de dentes, raspagem de barba e lavagem de roupas são realizados no Centro POP geralmente pela manhã,

com regularidade. Em geral, são usados produtos higiênicos, os quais são, muitas vezes, ofertados pelo serviço ou por doações de grupos religiosos. Nesse contexto, muitos destacam a importância do acesso à higiene, pois isso permite cuidar da aparência.

Apesar das difíceis condições de vida, as pessoas entrevistadas tenderam a fazer uma avaliação positiva de suas condições de saúde. Alguns relataram apresentar dores de cabeça, problemas gastrointestinais, gripes, pequenos ferimentos ou problemas de visão, dentre outros. Segundo os participantes da pesquisa, as pessoas que vivem nessa situação só podem é se agarrar, primeiramente, a “Deus”, pois não têm outras formas de apoio social e de estrutura que possam garantir-lhes suporte, por isso se agarram a ideias fantasmagóricas de que existe algo divino que possa os salvar e proteger. Afinal, foram abandonadas pelo “Estado”, pela família e são discriminadas pela sociedade, não são bem-vistas, usam drogas e, provavelmente, não possuem um lar:

A minha saúde, muito bem, que eu ando pelo mundo, mas, primeiro lugar, é Deus; depois, é minha saúde, a limpeza da gente próprio... (PSR-F).

Entre os não abrigados, esse fato pode ser, em parte, explicado por uma concepção de saúde que está associada à capacidade de estar vivo e de resistir ao cotidiano de dificuldades nas ruas. Já a doença foi associada ao estado de debilidade, a ponto de não poder trabalhar, à impossibilidade de batalhar e ganhar dinheiro, ao impedimento de realizar tarefas simples, ou, no caso extremo, o organismo não suportar o sofrimento, enfraquecer e sucumbir.

[...] aí, fui parar na rua, desde fevereiro desse ano que eu estou nessa situação... eu estou péssima, inchada, estou com 85 kg de inchaço; ontem estive no médico, ele disse que estou com o coração gravíssimo, problema de coração, eu estou tomando remédio muito pesado para eu dormir na rua... (PSR-D).

Como mostra Boltanski²⁵, a percepção repetida do corpo está intimamente associada à forma como as pessoas se inserem na hierarquia social e como ganham a vida. Para as pessoas em situação de rua, o corpo é seu único bem e instrumento indispensável

para a garantia da sobrevivência. Contrariamente, à medida que se desce na hierarquia social, há uma utilização máxima do corpo como instrumento de subsistência, através da capacidade de resistência e trabalho. Problemas de saúde que não afetassem a capacidade de trabalhar ou de locomover-se para buscar alimentos foram relativizados pelos interlocutores, diante da necessidade de garantir a sobrevivência.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu identificar a percepção dos trabalhadores com relação às PSR, trazendo um saber ideológico constituinte dos processos de trabalho dos profissionais que integram as equipes da ESF, bem como o olhar dessa população sobre a ESF e as maneiras de desenvolver o autocuidado.

De acordo com o referencial adotado, a centralidade das entrevistas esteve na organização da atenção ofertada a essa população, sustentada pelos saberes ideológicos. A dimensão estrutural da realidade objetiva da população em situação de rua foi perceptível na determinação social do processo de situar-se na rua, tanto que correspondeu à demanda preponderantemente manifestada nos discursos dos entrevistados (profissionais e usuários da ESF). Assim, o saber ideológico no processo de trabalho se destacou mais do que a própria organização da ESF como cenário de cuidado.

Ao contrário do discurso de que o SUS é universal e tem na ESF a porta de entrada para os serviços de saúde, os resultados deste estudo apontaram a existência de dificuldade no acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua. Esses achados são semelhantes aos de pesquisas realizadas no Brasil e em outros países, que também relatam a dificuldade do acesso à saúde por pessoas sem teto.

Faz-se necessário destacar aspectos ligados à resistência dos profissionais das ESF em atender e acolher a PSR, às barreiras organizacionais, ao não reconhecimento como pessoas de direito e ao preconceito.

A falta de documentos e de endereço fixo foi relatada como barreira organizacional, embora o município tenha uma instrução de organização que possibilita o cadastramento da PSR na unidade de saúde sem necessidade de apresentação de documentação pessoal ou comprovação de endereço.

Nos discursos das PSR foi possível a identificação de que a maioria tinha uma preocupação com a saúde

e utilizava o Centro POP como um meio mais viável para conseguir acessar o CSF; outros, entretanto, não tinham o hábito de frequentar os serviços de saúde.

Ao descortinar essas contradições no cotidiano do trabalho, apontam-se limites a serem superados no âmbito do processo de trabalho da ESF. Para que se consiga avançar na direção da integralidade do cuidado, cabe à gestão municipal e aos trabalhadores a responsabilidade de reorientação do modelo assistencial a partir da efetivação dos princípios orientadores da APS.

Por fim, a construção e manutenção do vínculo entre profissionais e usuários foi considerada necessária e essencial no trabalho da ESF. Por meio do vínculo, almeja-se a inclusão dessa população em situação de rua na principal porta de entrada do sistema, ou seja, nas Unidades de Saúde.

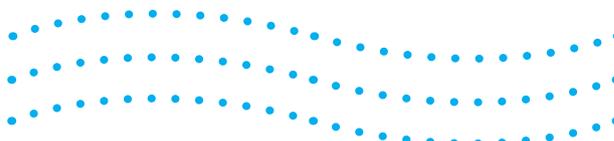
CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Francisco Anielton Borges Sousa e Francisca Denise Silva Vasconcelos (*in memoriam*) contribuíram com o delineamento, a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Paulo Henrique Dias Quinderé** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito. **Ivaldinete de Araújo Delmiro Gemes** contribuiu com o delineamento, a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Vitória Ferreira do Amaral** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Tondin MC, Barros Neta MAP, Passos LA. Consultório de rua: Intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. Rev Educ Pública [Internet]. 2013 [cited 2023 Out 01];22(49/2):485-501. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-20972013000300007
2. Cruz JDR, Taquette SR. Viver na rua: vulnerações e a bioética da proteção. Rev Bioét [Internet]. 2020 [cited 2023 Out 01];28(4):637-46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/WxKbcZgTbYhbmLVTKZvGFGL/?lang=pt>
3. Natalino M. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022) [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2022 [cited 2023 Out 01]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11604>

4. Medeiros FC, Matos ACV, Pagnussat E, Oliveira IMFF. Entre a benesse e o direito: as políticas de atendimento à população em situação de rua na América Latina. *PsicolEstud* [Internet]. 2020 [cited 2023 Out 01];25:e45025. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/45025>
5. Bottil NCL, Castro C, Ferreira M, Silva AK, Oliveira L, Castro AC, et al. Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. *Cad Bras de Saúde Ment* [Internet]. 2009 [cited 2023 Out 01];1(2):164-79. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68482>
6. Jesus AADS, Lisboa MS. Atenção à saúde da população em situação de rua no Brasil: uma revisão de literatura. *Rev Psi Divers Saúde* [Internet]. 2022 [cited 2023 Out 02];11. Disponível em: <https://journals.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/3939>
7. Minayo MC S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciê Saude Colet* [Internet]. 2012 [cited 2023 Out 02];17(3):621-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica [Internet]. Ministério da Saúde; 2013 [cited 2023 July 11]. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf
10. Alexandre V, Vasconcelos NAOP, Santos MAD, Monteiro JFA. O acolhimento como postura na percepção de psicólogos hospitalares. *Psicol cienc prof* [Internet]. 2019 [cited 2023 Out 02];39:e188484. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/3K6KrimmF4WFt7ftFNH7Zdwt/>
11. Inoue L, Bellini LC, Paiano M, Haddad MDCL, Marcon SS. Percepções de vida e perspectivas de futuro de usuários de drogas. *SMAD Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2019 [cited 2023 Out 02];15(2):52-9. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000200008
12. Brasil. Governo Federal. Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua [Internet]. Brasília; 2008 [cited 2023 July 11]. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua_.pdf
13. Escorel S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
14. Hungaro APC, Soares EC. Moradores de rua e família: aproximações e incompatibilidades. In: 12º Congresso de Iniciação Científica, 6a Mostra de Pós-graduação. São Paulo: Brasil; 2009.
15. Kunz GS. Os modos de vida da população em situação de rua: narrativas de andanças nas ruas de Vitória/ES [master's thesis]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2012.
16. Mondragón-Sanchez EJ, Pinheiro PNC, Barbosa LP. Health inequalities among homeless adolescents. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet] 2022 [cited 2023 Out 02];30(spe):e3756. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6250.3756>
17. Prates JC, Prates FC, Machado S. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. *Temporalis* [Internet]. 2011 [cited 2023 Out 02];11(22):191-216. Disponível em: <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2011v11n22p191-216>
18. Vargas J, Ibáñez E, Javier S. Evaluación de vínculo en adolescentes problemáticos. *Rev Electrónica de Psicología Iztacala* [Internet]. 2005 [cited 2023 Out 02];8(3):[aprox. 27 p.]. Disponível em: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/19417/18393>
19. Bowlby J. Apego e perda: apego - a natureza do vínculo. Em: Apego e perda: apego - a natureza do vínculo. 3rd ed. São Paulo: Martins Fontes; 2021.
20. Hinde RA. Relationships: A dialectical perspective. Hove: Psychology Press; 1997.
21. Frangella SM. Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. São Paulo: Annablume, Fapesp; 2009.
22. Silva MLL. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005 [master's thesis]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.
23. Pinheiro MCO, Silva AM, Sebastián-Heredero E. Caracterização das relações interpessoais entre alunos com deficiência intelectual e seus pares. *Psicol Esc Educ* [Internet]. 2021 [cited 2023 Out 02];25:e287839. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392021227839>
24. Sicari AA, Zanella AV. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. *Psicol cienc prof* [Internet]. 2018 [cited 2023 Out 02];38(4):662-79. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-703003292017>
25. Boltanski LUC. As classes sociais e o corpo. São Paulo: Graal Editora; 1985.



DEPRESSÃO EM HOMENS CISGÊNEROS GAYS: PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS

DEPRESSION IN CISGENDER GAY MEN: RELATED PREVALENCE AND FACTORS

DEPRESIÓN EN HOMBRES HOMOSEXUALES CISGÉNEROS: PREVALENCIA Y FACTORES RELACIONADOS

Luiz Eduardo Dameda ¹Priscila Pavan Detoni ²Ivana Loraine Lindemann ³Lissandra Glusczak ⁴Bruna Chaves Lopes ⁵**Como Citar:**

Dameda LE, Detoni PP, Lindemann IL, Glusczak L, Lopes BC. Depressão em homens cisgêneros gays: prevalência e fatores relacionados. *Sanare*. 2024;23(1).

Descritores:

Estética; Homossexualidade; Saúde Mental.

Descriptors:

Aesthetics; Homosexuality; Mental Health.

Descriptores:

Estética; Homosexualidad; Salud mental.

Submetido:

29/01/2024

Aprovado:

30/04/2024

Autor(a) para Correspondência:

Lissandra Glusczak

E-mail: lissandra.glusczak@uffs.edu.br

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi estimar a prevalência da depressão e fatores relacionados em homens cisgêneros gays. Trata-se de um estudo transversal com coleta de dados on-line, contemplando características sociodemográficas, de saúde e comportamentais dessa população. Estimou-se a prevalência de depressão e verificou-se sua distribuição de acordo com as demais variáveis. Dos 588 participantes, 57,3% apresentavam idade entre 18 e 25 anos, 84,5% eram brancos e 75,5% sem cônjuge; 52,9% cursaram até ensino médio completo, 35,6% trabalhavam e 44,4% referiram renda familiar abaixo de R\$ 5.500,00. Ainda, 87,1% apresentaram ansiedade físico-social (AFS) moderada ou alta e 63,6% estavam com grau moderado ou alto de insatisfação corporal; 82,7% sentem vergonha dos seus corpos e 71,3% dizem que as mídias/redes sociais afetam negativamente a sua autoestima; 70,9% mencionaram autopercepção de pressão social estética e 84,7% sentem tristeza com o próprio corpo. Verificou-se que 24,5% realizaram algum tipo de procedimento estético, 67,9% praticavam atividades físicas, 11,2% usavam anabolizantes/emagrecedores e 76,2% fizeram dieta. A prevalência de depressão foi de 40% (IC95 36-44), com diferença significativa em um grande número de variáveis analisadas. Assim, os resultados apontam elevada prevalência de depressão e estreita relação entre cobrança corporal e saúde mental em homens cisgêneros gays.

1. Acadêmico de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, RS, Brasil. E-mail: luiz.edu.dameda@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9645-635X>

2. Doutora em Psicologia Social e Institucional. Professora do Curso de Medicina da UFFS, Passo Fundo, RS. E-mail: priscila.detoni@uffs.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7436-2229>

3. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Medicina da UFFS, Passo Fundo, RS. E-mail: ivanaloraine@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6222-9746>

4. Doutora em Ciências Biológicas. Professora do Curso de Medicina da UFFS, Passo Fundo, RS. E-mail: lissandra.glusczak@uffs.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7723-8901>

5. Médica Psiquiatra. Mestra em Envelhecimento Humano. Professora do Curso de Medicina da UFFS, Passo Fundo, RS. E-mail: bruna.lopes@uffs.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5160-8302>

ABSTRACT

The aim of this research was to estimate the prevalence of depression and related factors in cisgender gay men. This is a cross-sectional study with online data collection, including sociodemographic, health, and behavioral characteristics of this population. The prevalence of depression was estimated and its distribution was verified according to other variables. Out of 588 participants, 57.3% were aged between 18 and 25 years, 84.5% were white, and 75.5% were unmarried; 52.9% had completed high school, 35.6% were employed, and 44.4% reported a family income below R\$ 5,500.00. Furthermore, 87.1% presented moderate to high physical-social anxiety (PSA) and 63.6% had moderate to high levels of body dissatisfaction; 82.7% are ashamed of their bodies and 71.3% say that media/social networks negatively affect their self-esteem; 70.9% mentioned self-perception of aesthetic social pressure, and 84.7% are sad about their own bodies. It was found that 24.5% underwent some type of aesthetic procedure, 67.9% engaged in physical activities, 11.2% used anabolic steroids/weight loss supplements, and 76.2% went on a diet. The prevalence of depression was 40% (95% CI 36-44), with significant differences in a large number of analyzed variables. Thus, the results indicate a high prevalence of depression and a close relationship between body image pressure and mental health in cisgender gay men.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia de depresión y factores relacionados en hombres homosexuales cisgénero. Se trata de un estudio transversal con recolección de datos en línea, que cubre características sociodemográficas, de salud y de comportamiento de esta población. Se estimó la prevalencia de depresión y se verificó su distribución según las demás variables. De los 588 participantes, el 57,3% tenía entre 18 y 25 años, el 84,5% eran blancos y el 75,5% no tenía cónyuge; el 52,9% había completado la escuela secundaria, el 35,6% trabajaba y el 44,4% reportó ingresos familiares inferiores a R\$ 5.500,00. Además, el 87,1% presentó ansiedad físico-social (ASF) moderada o alta y el 63,6% presentó un grado moderado o alto de insatisfacción corporal; el 82,7% se sentía avergonzado de su cuerpo y el 71,3% dice que los medios/redes sociales afectaban negativamente su autoestima; el 70,9% mencionó autopercepción de presión estética social y el 84,7% se sentía triste por su propio cuerpo. Se encontró que el 24,5% se sometía a algún tipo de procedimiento estético, el 67,9% practicaba actividades físicas, el 11,2% utilizaba fármacos anabólicos/reductores de peso y el 76,2% hacía dieta. La prevalencia de la depresión fue del 40% (IC95 36-44), con diferencia significativa en un gran número de variables analizadas. Así, los resultados indican una alta prevalencia de depresión y una estrecha relación entre las demandas corporales y la salud mental en hombres homosexuales cis.

.....

INTRODUÇÃO

A depressão é uma doença psiquiátrica crônica, caracterizada por um estado mental de tristeza profunda e persistente, acompanhada de níveis elevados de incapacitação funcional e de comprometimento de saúde física¹, ganhando cada vez mais destaque por ser uma das doenças que mais tem causado prejuízos para o sistema de saúde mundial.

No que se refere às questões de gênero, existe pouco conhecimento sobre a sua relação com a depressão. O termo gênero surgiu por volta de 1950, quando o psicólogo John Money introduziu o vocábulo pela primeira vez na ciência, relatando que nem sempre haverá relação entre a anatomia sexual de um indivíduo e sua identidade de gênero, isto é, existem homens e mulheres que integram a humanidade, mas a forma de ser homem e de ser mulher é resultado de

um contexto cultural complexo².

O gênero pode se relacionar ao sexo biológico, feminino e masculino. Contudo, ao gênero dá-se o sentido de que esse é o que diferencia socialmente conforme a experiência de cada ser humano, construído de acordo com as suas relações e influências histórico-culturais². As expressões de gênero e de sexualidade, por sua vez, dizem respeito à forma que um indivíduo se percebe e se identifica, não sendo fundamentalmente condizente com o seu sexo ou orientação sexual². Os tipos de identidade de gênero classificam-se em: cisgênero (pessoa que se identifica com o gênero igual ao sexo com o qual nasceu), transgênero (pessoa que se identifica com o gênero diferente do sexo com o qual nasceu) e não binário (pessoa que não se identifica e não se sente pertencente a nenhum gênero)², com a ressalva de uma multiplicidade de identidades e expressões.

A respeito dos aspectos que circundam a formação da imagem e a insatisfação corporal há numerosas pesquisas no campo da psicologia e da psiquiatria³. Ao avaliar a insatisfação corporal masculina, deve-se atentar, principalmente, às expressões do gênero e da sexualidade desses homens como fatores determinantes. Estudos feitos por Morrison et al.⁴ e Beren et al.⁵ mostram que em comparação aos homens heterossexuais, os homens gays relatam maior insatisfação com a imagem do seu próprio corpo, e tendem a apresentar mais diagnósticos de transtornos alimentares⁶. Além disso, populações de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT+) apresentam uma prevalência elevada de doenças mentais⁷.

Com o avanço da tecnologia e o surgimento das redes sociais, isso tem se tornado mais significativo ainda⁸ e, segundo a literatura, homens com constante acesso a anúncios e propagandas relacionadas à aparência apresentam maior insatisfação corporal e depressão⁹. Homens gays, em particular, tendem a comparar-se mais a imagens idealizadas de corpos masculinos e isso influencia negativamente em seu estado psicológico e comportamental¹⁰. Reforçando a existência da relação entre insatisfação corporal e saúde mental, sabe-se também que a exposição a imagens pornográficas de homens apresenta relação com a ansiedade física social para homens gays, mas não para homens heterossexuais¹¹.

Diante do exposto, o principal objetivo deste estudo foi estimar a prevalência da depressão e fatores relacionados em homens cisgêneros (doravante “cis”) gays.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal realizado com homens cis gays, com idade igual ou superior a 18 anos e residentes no território do Rio Grande do Sul. O tamanho da amostra foi estimado com nível de confiança de 95%, poder estatístico de 80%, 5 expostos para cada 5 não expostos, prevalência estimada de 30% de depressão, frequência esperada de 20% em não expostos e razão de prevalência de 2, totalizando 584 participantes.

Os dados foram coletados de abril a agosto de 2021, de forma on-line (Google Forms®, acesso livre), sendo que a entrada dos participantes foi acompanhada pela equipe de pesquisa, e o questionário ficou disponível até que fosse atingido o número amostral estimado. O convite à pesquisa

foi divulgado em redes sociais e o questionário foi disponibilizado aos participantes após a apresentação do estudo e a aceitação expressa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para atingir os objetivos deste estudo foram coletados dados acerca de características sociodemográficas (idade, cor, situação conjugal, escolaridade, ocupação e renda familiar), de saúde (depressão, ansiedade físico-social, insatisfação corporal, vergonha do próprio corpo, autopercepção sobre a relação entre o uso de mídias/redes sociais e a autoestima, autopercepção de pressão social estética e sentimento de tristeza devido à própria aparência) e comportamentais quanto ao corpo (realização de procedimentos estéticos, prática de atividade física, uso de anabolizantes/emagrecedores e realização de dieta alimentar devido à preocupação com o corpo).

A ansiedade físico-social foi avaliada a partir da *Social Physique Anxiety Scale* (SPAS), desenvolvida por Hart et al.¹² e que consiste em um instrumento composto por 12 itens referentes à ansiedade frente ao julgamento social da aparência corporal. As respostas são do tipo *Likert* e variam de 1 (nada característico para mim) a 5 (extremamente característico para mim). O resultado é calculado por meio da soma da pontuação obtida em cada item, variando do valor mínimo de 12 (ansiedade físico-social baixa/inexistente) e o valor máximo de 60 (ansiedade físico-social alta). Para fins de análise, a pontuação entre 12-30 foi considerada AFS mínima ou baixa; a pontuação entre 31-60, AFS moderada ou alta.

Para aferir a insatisfação corporal foi utilizada uma forma adaptada da Escala de Silhuetas de Moraes et al.¹³, que visa avaliar a satisfação corporal utilizando figuras corporais masculinas com características do público-alvo. Essas figuras, numeradas de 1 a 11, representam corpos masculinos com uma maior riqueza de detalhes quanto à musculatura e curvas físicas, sendo a silhueta “1” o corpo extremo magro e a silhueta “11” o extremo obeso. Em suma, o método consiste em mostrar aos entrevistados tais figuras numeradas e, em seguida, questioná-los com duas perguntas objetivas: “Qual imagem representa o seu corpo atual?” e “Qual imagem representa o corpo que você gostaria de ter?”. A diferença entre a segunda e a primeira resposta expressa o nível de insatisfação corporal, que pode ser zero, representando nenhuma insatisfação, ou dez, representando insatisfação máxima. Além disso, o valor pode ser positivo ou negativo, representando o desejo em aumentar

ou diminuir, respectivamente¹⁴. Os resultados são classificados em “insatisfação nível pequeno ou normal” (diferença entre 1 e 2 pontos), “insatisfação mediana” (diferença entre 3 e 4 pontos), “insatisfação de nível elevado” (diferença entre 5 e 6 pontos) e “possibilidade de possuir distorção na imagem corporal, dependendo da situação, avaliada como patológica” (diferença acima de 7 pontos)^{13,15}. Diante disso, os resultados foram dicotomizados em nenhuma ou baixa insatisfação e em grau moderado ou alto de insatisfação.

A depressão, considerada como desfecho do estudo, foi averiguada pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI), o qual foi publicado em 1996 e é um instrumento de autoavaliação confiável usado para avaliar sintomas de depressão. O questionário é composto por 21 perguntas, cada uma com respostas classificadas de zero a três, em que zero significa que não está apresentando sintomas e três representa a forma grave de sintomas. A somatória das respostas resultará em um número entre zero e 63. Não há pontos de corte arbitrários para o diagnóstico de cada categoria de depressão, mas há faixas de pontuação que indicam o grau de depressão em que o indivíduo se encontra. O resultado da pontuação pode ser interpretado como “nenhuma depressão” (zero a 13), “depressão leve” (14 a 19), “depressão moderada” (20 a 28) e “depressão grave” (29 a 63)¹⁶. As respostas foram agrupadas em uma variável com duas categorias: algum grau de depressão e nenhum grau de depressão.

A análise estatística consistiu de descrição absoluta e relativa das variáveis sociodemográficas, de saúde e comportamentais para a caracterização da amostra. Além disso, foi calculada a prevalência da depressão, com Intervalo de Confiança de 95% (IC95), e verificada sua distribuição de acordo com as demais variáveis (teste do qui-quadrado admitindo erro de 5% e considerando significativos os valores de $p < 0,05$ para testes bicaudais).

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, parecer de número 4.662.703, em conformidade com a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e com a declaração de Helsinki.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 588 participantes, cuja caracterização está descrita na Tabela 1. Do total, 57,3% tinham idade entre 18 e 25 anos, 84,5%

se declararam brancos e 75,5% sem cônjuge. Ainda, 52,9% cursaram até o ensino médio completo, 35,6% mencionaram que trabalham e 44,4% referiram renda familiar abaixo de R\$ 5.500,00. Quanto às características de saúde, 87,1% apresentaram AFS moderada ou alta, 63,6% estavam com grau moderado ou alto de insatisfação corporal, 82,7% relataram sentir vergonha do próprio corpo, 71,3% afirmaram que as mídias/redes sociais afetam negativamente a sua autoestima, 70,9% mencionaram autopercepção de pressão social estética e 84,7% referiram sentimento de tristeza com o próprio corpo. Para as variáveis de comportamento, verificou-se que 24,5% dos participantes realizaram algum tipo de procedimento estético, 67,9% praticavam atividade física, 11,2% relataram uso de anabolizantes/emagrecedores e 76,2% fizeram dieta devido à preocupação com o corpo.

A prevalência de depressão foi de 40% (IC95 36-44) e, conforme apresentado na Tabela 2, maior entre aqueles com 18-25 anos de idade (49,3%; $p < 0,001$), com cor de pele não branca (57,9%; $p = 0,015$), sem cônjuge (43%; $p = 0,027$), com ensino médio ou menos (46,6%; $p = 0,001$), que trabalhavam (47,6%; $p < 0,001$), na faixa de menor renda familiar (49,6%; $p < 0,001$), com nível moderado ou alto de AFS (45,1%; $p < 0,001$), com grau moderado ou alto de insatisfação corporal (46,8%; $p < 0,001$), com vergonha do próprio corpo (45,7%; $p < 0,001$), percepção de influência negativa das mídias/redes sociais na autoestima (48%; $p < 0,001$), percepção de pressão social estética (48%; $p < 0,001$), sentimento de tristeza em relação à própria aparência (46,2%; $p < 0,001$), que não realizaram procedimentos estéticos (43,2%; $p = 0,016$) e não praticavam atividade física (47,6%; $p = 0,015$).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, de saúde e de comportamento de uma amostra de homens cis gays. Rio Grande do Sul, 2021 (n=588).

Variáveis sociodemográficas	n	%
Faixa etária (anos completos)		
18-25	337	57,3
26-35	187	31,8
≥36	64	10,9
Cor da pele		
Branca	497	84,5
Outras	91	15,5
Situação conjugal		
Com cônjuge	144	24,5
Sem cônjuge	444	75,5
Escolaridade		
Até ensino médio (2º grau) completo	311	52,9
Ensino superior ou mais	277	47,1
Ocupação (n=579)		
Trabalha	206	35,6
Estuda	174	30,1
Ambos	199	34,4
Renda familiar (em R\$; n=505)		
<5.500,00	224	44,4
5.500,00-10.000,00	163	32,3
>10.000,00	118	23,3
Variáveis de saúde	n	%
Ansiedade físico-social		
Ansiedade físico-social mínima ou baixa	76	12,9
Ansiedade físico-social moderada ou alta	512	87,1
Insatisfação corporal		
Nenhuma ou baixa insatisfação	214	36,4
Grau moderado ou alto de insatisfação	374	63,6
Vergonha do próprio corpo		
Sim	486	82,7
Não	102	17,3
Autopercepção sobre a relação entre o uso de mídias/redes sociais e a autoestima		
Afetam negativamente a autoestima	419	71,3
Melhoram a autoestima	39	6,6
Não interferem na autoestima	130	22,1
Autopercepção de pressão social estética		
Sim	417	70,9
Não	171	29,1
Sentimento de tristeza com a própria aparência		
Sim	498	84,7
Não	90	15,3
Variáveis comportamentais	n	%
Realização de procedimentos estéticos		
Sim	144	24,5
Não	444	75,5

Prática de atividade física		
Sim	399	67,9
Não	189	32,1
Uso de anabolizantes/emagrecedores		
Sim	66	11,2
Não	522	88,8
Realização de dieta alimentar		
Sim	448	76,2
Não	140	23,8

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Tabela 2 – Prevalência de depressão em homens cis gays conforme características sociodemográficas, de saúde e de comportamento. Rio Grande do Sul, 2021 (n=588).

Variáveis	Algum grau de depressão		Nenhum grau de depressão		p*
	n	%	n	%	
Faixa etária (anos completos)					<0,001
18-25	166	49,3	171	50,7	
26-35	58	31,0	129	69,0	
≥36	14	21,9	50	78,1	
Cor de pele					0,015
Branca	192	38,6	305	61,4	
Outras	11	57,9	8	42,1	
Situação conjugal					0,027
Com cônjuge	47	32,6	97	67,4	
Sem cônjuge	191	43,0	253	57,0	
Escolaridade					0,001
Até ensino médio (2º grau) completo	145	46,6	166	53,4	
Ensino superior ou mais	93	33,6	184	66,4	
Ocupação					<0,001
Trabalhando	98	47,6	108	52,4	
Estudando	47	27,0	127	73,0	
Ambos	87	43,7	112	56,3	
Renda familiar (em R\$; n=505)					<0,001
<5.500,00	111	49,6	113	50,4	
5.500,00-10.000,00	56	34,4	107	65,6	
>10.000,00	35	29,7	83	70,3	
Ansiedade físico-social					<0,001
Ansiedade físico-social mínima ou baixa	7	9,2	69	90,8	
Ansiedade físico-social moderada ou alta	231	45,1	281	54,9	
Insatisfação corporal					<0,001
Nenhuma ou baixa insatisfação	63	29,4	151	70,6	
Grau moderado ou alto de insatisfação	175	46,8	199	53,2	
Vergonha do próprio corpo					<0,001
Sim	222	45,7	264	54,3	
Não	16	15,7	86	84,3	

Autopercepção sobre a relação entre o uso de mídias/redes sociais e a autoestima					<0,001
Afetam negativamente a autoestima	201	48,0	218	52,0	
Melhoram a autoestima	14	35,9	25	64,1	
Não interferem na autoestima	23	17,7	107	82,3	
Autopercepção de pressão social estética					<0,001
Sim	200	48,0	217	52,0	
Não	38	22,2	133	77,8	
Sentimento de tristeza com a própria aparência					<0,001
Sim	230	46,2	268	53,8	
Não	8	8,9	82	91,1	
Realização de procedimentos estéticos					0,016
Sim	46	31,9	98	68,1	
Não	192	43,2	252	56,8	
Prática de atividade física					0,015
Sim	148	37,1	251	62,9	
Não	90	47,6	99	52,4	
Uso de anabolizantes/emagrecedores					0,470
Sim	24	36,4	42	63,6	
Não	214	41,0	308	59,0	
Realização de dieta alimentar					0,057
Sim	191	42,6	257	57,4	
Não	47	33,6	93	66,4	

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

* Teste do qui-quadrado.

DISCUSSÃO

A depressão é uma das doenças psiquiátricas crônicas e recorrentes que mais contribui para a carga global dos transtornos relacionados à saúde mental. Na amostra estudada, 40% (IC95 36-44) dos participantes apresentaram algum grau de depressão, o que torna preocupante a situação da saúde mental dos homens cisgêneros gays, devido ao grande sofrimento psíquico nesse grupo, quando comparado à população nacional e mundial, o que pode ser decorrente, além de outros fatores, dos estigmas e das pressões sociais.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) na América Latina, o Brasil é o país com maior prevalência de depressão, além de ser o segundo colocado no continente americano. Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades, sofram de depressão, de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)¹⁷. De acordo com a pesquisa Vigitel 2021¹⁸, do Ministério da Saúde, a frequência do diagnóstico médico de depressão foi de 11,3%, de um total de 27.093 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos e residentes no Distrito Federal e em todas as capitais brasileiras,

sendo maior entre as mulheres (14,7%) do que entre os homens (7,3%). Dados de 2019, do estudo Global Burden of Disease (GBD), apontaram que mais de 270 milhões de indivíduos tinham transtornos depressivos, o que representava, à época, em torno de 3,8% da população mundial. No Brasil, a prevalência de depressão está estimada em 4,3%^{19,20}.

Neste estudo, observou-se que a prevalência da depressão é mais frequente nos indivíduos mais jovens, com cor de pele não branca, sem cônjuge, de menor escolaridade, atuantes no mercado de trabalho e com menor renda. Em uma meta-análise feita por pesquisadores norte-americanos, a idade se mostrou um importante moderador dos problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade, em homens cisgêneros gays. Evidenciou-se que indivíduos mais jovens, em período de desenvolvimento da identidade sexual, apresentam maior risco ao desenvolvimento de tais patologias psíquicas²¹. Seguindo ao esperado e o que foi encontrado na literatura, este estudo detectou que os homossexuais mais jovens são, de fato, os mais propensos aos transtornos mentais, sendo que 49,3% daqueles com idade entre 18 e 25 anos apresentaram sinais depressivos.

Porém, outro estudo, em que a coleta de

dados foi realizada por meio de um questionário sociodemográfico, do WHOQOLbref e da Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS), compôs uma amostra de homens com idade média igual a 45,8 anos (DP=5,67), que buscam e/ou se interessam por relações com o mesmo sexo. Esses homens possuem alta escolaridade – ensino superior completo, em sua maioria, e pertencem a classes sociais mais altas, predominando os solteiros (62,1%) e sem filhos (80,6%)²².

Ademais, pesquisa realizada por Batista e Pereira²³ verificou em uma amostra de 201 homens mais velhos, gays (80,6%) e bissexuais (13,9%), com idades entre 50 e 79 anos, níveis medianos de autoestima, demonstrando graus de somatização, depressão e ansiedade inferiores à média da população. É possível também verificar que existem diferenças significativas no que diz respeito aos níveis relatados de autoestima e depressão, quando esses são comparados de acordo com a orientação sexual, sendo que os homens mais velhos bissexuais revelam maiores níveis de autoestima e, conseqüentemente, níveis inferiores de depressão.

Segundo Brito et al.¹⁹, estudos realizados com 90.846 pessoas com idade \geq 18 anos, na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) – 2019, e 60.202 na PNS 2013, demonstraram que a prevalência global de depressão autorreferida em adultos domiciliados no Brasil, em 2019, foi de 10,2%. Entre as regiões brasileiras, a região Sul apresentou a maior prevalência (15,2%) e, entre os estados, a maior prevalência foi observada no Rio Grande do Sul (17,9%). As menores prevalências foram observadas na região Norte (5,0%) e no estado do Pará (4,1%). Além disso, observaram-se maiores taxas de depressão, para o ano de 2019, entre as pessoas do sexo feminino (14,7%), brancas (12,5%), residentes da zona urbana (10,7%), sem escolaridade ou com ensino fundamental incompleto (10,9%) e com ensino superior completo (12,2%). A menor prevalência de depressão (5,9%), por sua vez, foi observada na faixa etária de 18 a 29 anos.

Ressalta-se que, no estudo em tela, 47,6% dos homens cisgêneros gays não praticavam atividade física. Segundo pesquisas, a prática regular de exercícios físicos auxilia na redução dos riscos à saúde, melhora da saúde mental e da qualidade de vida dos indivíduos²⁴. De acordo com a OMS, se a população do mundo fosse mais ativa, até 5 milhões de óbitos anuais poderiam ser evitados²⁵. Evidências apontam que a inatividade física e o sedentarismo estão relacionados a fatores de risco para o

desenvolvimento de doenças coronarianas ou outras alterações cardiovasculares e metabólicas, além de aumentar os sintomas de depressão e ansiedade. Ademais, conforme a OMS, a falta de exercícios físicos poderá ocasionar doenças em 500 milhões de pessoas até 2030²⁶.

Os padrões de beleza sempre existiram ao longo da história e se modificaram com o passar do tempo, sendo diferentes em cada país ou região. Porém, independentemente do padrão estético vigente específico deliberado pela sociedade, a existência de modelos estéticos considerados ideais faz parte de todas as culturas. Em indivíduos que não se enquadram no que é considerado ideal, seguir padrões estéticos e corporais pode desencadear uma pressão interna muito grande, afetando assim a autoestima, a autoconfiança e a felicidade, além de acarretar transtornos de ansiedade, depressão e até transtornos alimentares²⁷.

No presente estudo, 70,9% dos participantes apresentaram autopercepção de pressão social estética e, conseqüentemente, 84,7% e 82,7%, respectivamente, sentiam-se tristes com a própria aparência e com vergonha do próprio corpo. Essas variáveis mostraram-se significativamente relacionadas com a depressão na população gay, sendo os achados congruentes à literatura²⁷. Além disso, observou-se que 48% dos gays que apresentaram autopercepção de pressão social estética também relataram sinais de depressão. Tais achados estão de acordo com a bibliografia, pois há uma maior taxa de sofrimento mental entre aqueles com orientação sexual minoritária²⁸.

Estimativas para homens homossexuais e bissexuais, quando comparados aos heterossexuais, apontam maiores dificuldades psicossociais²⁹, sendo assim mais propensos a atenderem aos critérios de diagnósticos para transtornos mentais como depressão maior, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de pânico²⁸. Essas taxas também são elevadas em homens gays quando comparados a mulheres lésbicas³⁰.

Este estudo apresenta algumas limitações metodológicas que podem ter influenciado os resultados, incluindo a possibilidade de viés de seleção devido à utilização do ambiente virtual para a abordagem dos participantes e o viés de informação ocasionado pela possível dificuldade de compreensão de alguma das perguntas dos questionários utilizados. Além disso, considerando o delineamento transversal, é necessário mencionar

que pode ter ocorrido viés de causalidade reversa na análise da relação entre o desfecho e algumas das variáveis independentes.

Como pontos fortes do trabalho, ressalta-se o poder estatístico adequado para a maioria das comparações realizadas, além de ser um estudo inédito no que se refere aos conhecimentos sobre uma abordagem ainda pouco explorada que trata da depressão em homens cisgêneros gays, sua prevalência e fatores relacionados.

CONCLUSÃO

À vista dos resultados e considerando os postulados da literatura, conclui-se que em homens cisgêneros gays há relação entre cobrança corporal e prevalência de depressão e de ansiedade associados à pressão social estética. Além disso, foi possível verificar que a insatisfação corporal e a percepção de cobranças por um padrão estético e corporal vigentes pode contribuir com o desenvolvimento de transtornos mentais em homens cisgêneros gays. Ressalta-se que há escassez de estudos voltados para a saúde mental desse grupo social, principalmente realizados em território brasileiro, cujos resultados possam servir de subsídio para a elaboração de políticas de saúde pública que tratem de forma ampla e direcionada a saúde mental dessa população.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Luiz Eduardo Dameda participou da concepção do projeto; obtenção, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; aprovou a versão final do trabalho; e é responsável por todos os seus aspectos. **Priscila Pavan Detoni** participou da concepção do projeto; interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo do manuscrito; aprovou a versão final do trabalho; e é responsável por todos os seus aspectos. **Ivana Loraine Lindemann** participou da concepção do projeto; análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito; aprovou a versão final do trabalho; e é responsável por todos os seus aspectos. **Lissandra Glusczak** participou da análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito; aprovou a versão final do trabalho; e é responsável por todos os seus aspectos. **Bruna Chaves Lopes** participou da concepção do projeto; interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo do manuscrito; aprovou a versão final do trabalho; e

é responsável por todos os seus aspectos.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse na realização do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Fleck MPA, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2003 [cited 2023 Ago 30];25(2):114-22. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/19644>
2. Francisco LCFL, Barros AC, Pacheco MS, Nardi AE, Alves VM. Ansiedade em minorias sexuais e de gênero: uma revisão integrativa. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2020 [cited 2023 Ago 30];69(1):48-56. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/gwKpPNSBpdzvNbR6fCY5V7S/?lang=pt>
3. Pruzinsky T, Cash TF. Understanding body images: Historical and contemporary approaches. Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice. New York; 2002.
4. Morrison MA, Morrison TG, Sager C-L. Does body satisfaction differ between gay men and lesbian women and heterosexual men and women? Body Image [Internet]. 2004 [cited 2023 Ago 10];1(2):127-38. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18089146/>
5. Beren SE, Hayden HA, Wilfley DE, Grilo CM. The influence of sexual orientation on body dissatisfaction in adult men and women. Int J Eat Disord [Internet]. 1996 [cited 2023 Ago 30];20(2):135-41. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8863065/>
6. Carlat DJ, Camargo CA, Herzon DB. Eating disorders in males: a report on 135 patients. Am J Psychiatry [Internet]. 1997 [cited 2023 Ago 12];154(8):1127-32. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9247400/>
7. Costa AB, Paveltchuk F, Lawrenz P, Vilanova F, Borsa JC, Damásio BF, et al. Protocolo para Avaliar o Estresse de Minoria em Lésbicas, Gays e Bissexuais. Psico-USF [Internet]. 2020 [cited 2023 Ago 15];25(2):207-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/cFw86p5VF5QQLyPbMW3MT9q/>
8. McArdle KA, Colina MS. Understanding Body Dissatisfaction in Gay and Heterosexual Men. Men and Masculinities [Internet]. 2007 [cited 2023

- Ago 28];24;11(5):511-32. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/254117876_Understanding_Body_Dissatisfaction_in_Gay_and_Heterosexual_MenThe_Roles_of_SelfEsteem_Media_and_Peer_Influence
9. Agliata D, Tantleff-Dunn S. The Impact of Media Exposure on Males' Body Image. *J Soc Clin Psychol* [Internet]. 2004 [cited 2023 Ago 22];23(1):7-22. Disponível em: <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/jscp.23.1.7.26988>
10. Fawcner HJ, McMurray N. Body Image in Men: Self-Reported Thoughts, Feelings, and Behaviors in Response to Media Images. *Int J Mens Health* [Internet]. 2002 [cited 2023 Ago 13];1(2):137-62. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/244941400_Body_Image_in_Men_SelfReported_Thoughts_Feelings_and_Behaviors_in_Response_to_Media_Images
11. Duggan SJ, McCreary DR. Body Image, Eating Disorders, and the Drive for Muscularity in Gay and Heterosexual Men. *J Homosex* [Internet]. 2004 [cited 2023 Ago 11];47(3-4):45-58. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15451703/>
12. Hart EA, Leary M, Rejeski W. The measurement of social physique anxiety. *J Sport Exercise Psychol* [Internet]. 1989 [cited 2023 Ago 30];11:94-104. Disponível em: <https://journals.humankinetics.com/view/journals/jsep/11/1/article-p94.xml>
13. Moraes AAL, Araújo AO, Carvalho LRMS. Comparação dos níveis de satisfação e percepção corporal entre praticantes de dança e musculação. *RBNE* [Internet]. 2017 [cited 2023 Ago 23];11(66):756-64. Disponível em: <http://www.rbne.com.br/index.php/rbne/article/view/904>
14. Silveira EM. Validação de um instrumento para avaliar a imagem corporal de mulheres brasileiras [trabalho de conclusão de curso]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2015.
15. Kakeshita IS, Silva AIP, Zanatta DP, Almeida SS. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. *Psicologia: teoria e pesquisa* [Internet]. 2009 [cited 2023 Fev 10];25(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/VLk9HGLRfqHkBSsfynBrbzD/abstract/?lang=pt>
16. Trudi Griffin LPC. Como Usar Inventário de Beck de Depressão [Internet]. 2018 [cited 2023 Fev 10]. Disponível em: <https://pt.wikihow.com/Usar-o-Invent%C3%A1rio-Beck-de-Depress%C3%A3o#Refer.C3.AAncias>
17. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2023 Ago 30]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/na-america-latina-brasil-e-o-pais-com-maior-prevalencia-de-depressao>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021*. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
19. Brito VCA, Bello-Corassa R, Stopa SR, Sardinha, LMV, Dahl CM, Viana MC. Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. *Epidemiol Ser Saúde* [Internet]. 2022 [cited 2023 May 12];31(nspe1):e2021384. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/YJthwW4VYj6N59BjdS94FJM/>
20. Institute for Health Metrics and Evaluation. GHDx. Global Health Data Exchange Results Tool [Internet]. Seattle: University of Washington; 2019 [cited 2023 Jun 30]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
21. Newcomb ME, Mustanski B. Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2010 [cited 2023 Ago 30];30(8):1019-29. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20708315/>
22. Ferreira JP, Inouye K, Miskolci R. Homens homossexuais idosos e de meia-idade nas mídias digitais: autodescrição, apoio social e qualidade de vida. *Physis* [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 11];30(2):e300221. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GfR86dCdLYMthggJnFQsQwr/abstract/?lang=pt>
23. Batista IC, Pereira H. Disparidades na saúde mental entre homens gays e bissexuais mais velhos com e sem diagnóstico de VIH. *Psicologia, Saúde & Doenças* [Internet]. 2020 [cited 2023 May 30];21(1):53-61. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/340038581_Disparidades_na_saude_mental_entre_homens_gays_e_bissexuais_mais_velhos_com_e_sem_diagnostico_de_VIH
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil [Internet] Brasília: Ministério da Saúde [cited 2023 May 07]; 2013. 182p. Disponível em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf

25. Organização Pan-Americana da Saúde. OMS lança novas diretrizes sobre atividade física e comportamento sedentário [Internet]. Genebra; 2020 [cited 2023 Dec 10]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/26-11-2020-oms-lanca-novas-diretrizes-sobre-atividade-fisica-e-comportamento-sedentario>

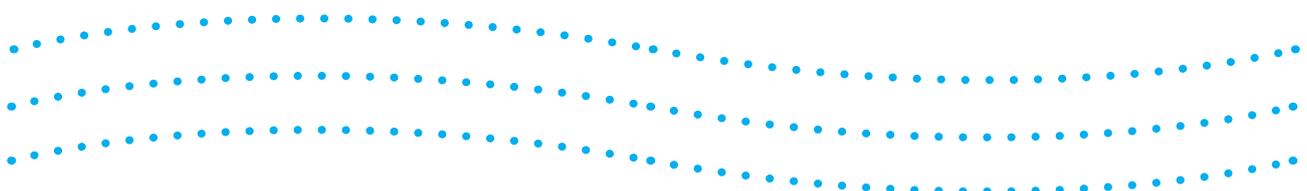
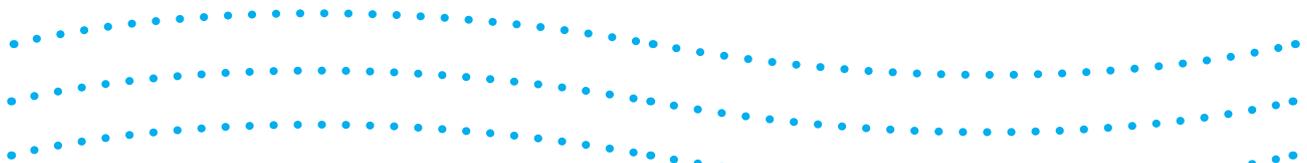
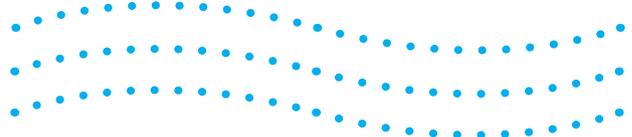
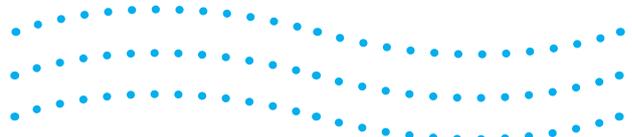
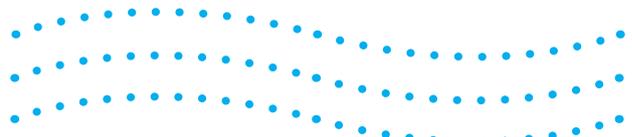
26. World Health Organization. Global status report on physical activity. Geneva; 2022.

27. Alvarenga dos Santos M, Philippi TS, Lourenço HB, Morais Sato P, Scagliusi BF. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. Body image dissatisfaction in female Brazilian university students. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2010 [cited 2023 Dec 15];59(1):44-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/HSqHsxTvSspHS3KQ3xXwHBx/>

28. Cochran SD, Mays VM. Burden of psychiatric morbidity among lesbian, gay, and bisexual individuals in the California Quality of Life Survey. J Abnorm Psychol [Internet]. 2009 [cited 2023 May 10];118(3):647-58. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2847425/>

29. Bloshnick JR, Farmer GW, Lee JGL, Silenzio VMB, Bowen DJ. Health Inequalities Among Sexual Minority Adults. Am J Prev Med [Internet]. 2014 [cited 2023 Dec 10];46(4):337-49. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24650836/>

30. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, Nazaré, I. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry [Internet]. 2018 [cited 2023 May 28];18(8):70. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18706118/>



CLIMATÉRIO: SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADOS DE MULHERES DE UMA ZONA RURAL

CLIMACTERIC: KNOWLEDGE AND CARE PRACTICES OF WOMEN FROM A RURAL AREA
CLIMATERIO: CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO A LAS MUJERES EN UNA ZONA RURAL

Rielle Herrera Brandli ¹

Lisie Alende Prates ²

Isabela Teixeira Bagé ³

Cenir Gonçalves Tier ⁴

Daiana de Paula Fontoura ⁵

Ana Paula de Lima Escobal ⁶

Como Citar:

Brandli RH, Prates LA, Bagé IT, Tier CG, Fontoura DP, Escobal APL. *Climatério: saberes e práticas de cuidados de mulheres de uma zona rural*. *Sanare*. 2024;23(1).

Descritores:

Saúde da mulher; Climatério; Menopausa; População rural.

Descriptors:

Women's health; Climacterium; Menopause; Rural population.

Descriptores:

Salud de la mujer; Climaterio; Menopausia; Población rural.

Submetido:

29/02/2024

Aprovado:

29/04/2024

Autor(a) para Correspondência:

Lisie Alende Prates
E-mail: lisiealende@hotmail.com

RESUMO

O estudo objetivou conhecer os saberes e as práticas de cuidados de mulheres da zona rural do Rio Grande do Sul sobre o climatério. Consiste em pesquisa qualitativa, desenvolvida em dezembro de 2021, com mulheres adscritas a uma Unidade Básica de Saúde da zona rural, no município de Uruguaiiana, Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, associada à Técnica de Criatividade e Sensibilidade Almanaque, e, após, submetidos à análise de conteúdo temática. As participantes demonstraram desconhecimento acerca do termo climatério, associando-o à menopausa, e reconheceram a sintomatologia apresentada nessa fase devido às vivências pessoais, convívio com outras mulheres e orientações dos profissionais de saúde. Suas práticas de cuidado envolviam caminhadas, mudança nos hábitos alimentares, consumo de derivados de soja e uso de plantas medicinais em chás e sucos. As participantes demonstraram conhecimentos limitados sobre o climatério e menopausa, bem como sobre as práticas de cuidados, o que demonstra a necessidade de ações de saúde mais direcionadas para as suas demandas e particularidades.

1. Enfermeira egressa da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Uruguaiiana (RS), Brasil. E-mail: herrerarielle@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3835-204X>

2. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem da UNIPAMPA. Uruguaiiana (RS), Brasil. E-mail: lisiealende@hotmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5151-0292>

3. Acadêmica de Enfermagem da UNIPAMPA. Uruguaiiana (RS), Brasil. E-mail: isabelabage.aluno@unipampa.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4783-3338>

4. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem da UNIPAMPA. Uruguaiiana (RS), Brasil. E-mail: cenirtier@unipampa.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1539-7816>

5. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Uruguaiiana (RS), Brasil. E-mail: daiana.fontoura@acad.ufsm.br. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6134-8199>

6. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Uruguaiiana (RS), Brasil. E-mail: anapaulaescobal01@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2601-9098>

ABSTRACT

The study aimed to understand the knowledge and care practices of women from the rural area of Rio Grande do Sul regarding the climacterium. It is a qualitative research conducted in December 2021 with women enrolled in a Basic Health Unit in the rural area of Uruguaiana, Rio Grande do Sul. Data were collected through semi-structured interviews combined with Creativity Technique and Almanac Sensitivity, and then subjected to thematic content analysis. The participants showed a lack of understanding of the term climacterium, associating it with menopause, while they recognized the symptoms experienced during this phase through personal experiences, interactions with other women, and guidance from health professionals. Their care practices included walking, changes in dietary habits, consumption of soy derivatives, and the use of medicinal plants as teas and juices. The participants demonstrated limited knowledge regarding climacterium and menopause, as well as about care practices, highlighting the need for more targeted health actions to address their demands and particularities.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo comprender los conocimientos y prácticas de cuidado de las mujeres rurales de Rio Grande do Sul acerca del climaterio. Consiste en un estudio cualitativo realizado en diciembre de 2021, con mujeres registradas en una Unidad Básica de Salud de una zona rural del municipio de Uruguaiana, Rio Grande do Sul. Los datos se recogieron mediante entrevistas semiestructuradas asociadas a la Técnica de Creatividad y Almanaque de Sensibilidad y luego sometidos a análisis de contenido temático. Las participantes desconocían el término climaterio, asociándolo a la menopausia, y reconocieron los síntomas que se presentan durante esta fase debido a experiencias personales, contacto con otras mujeres y orientación de profesionales de la salud. Sus prácticas de cuidado implicaban caminar, cambiar sus hábitos alimentarios, consumir derivados de la soja y utilizar plantas medicinales en infusiones y jugos. Las participantes demostraron conocimientos limitados sobre el climaterio y la menopausia, así como sobre las prácticas de cuidado, lo que demuestra la necesidad de acciones de salud más orientadas a sus demandas y particularidades.

.....

INTRODUÇÃO

O climatério consiste na transição natural entre o período reprodutivo e não reprodutivo da vida da mulher. Caracteriza-se pela diminuição gradativa das funções ovarianas, as quais levam à cessação do ciclo menstrual. A menopausa, por sua vez, define-se como o marco dessa transição, tendo a sua confirmação após 12 meses do último ciclo menstrual¹.

Durante o climatério, a mulher apresenta sinais e sintomas que podem variar em intensidade, envolvendo alterações menstruais, vasomotoras, neuropsíquicas, metabólicas, sexuais e urogenitais. Diante disso, compreende-se que a abordagem clínica, nessa fase, precisa ser realizada por equipe multiprofissional, com visão ampliada, considerando todas as particularidades e a integralidade do cuidado à saúde da mulher².

Destaca-se ainda que, cronologicamente, o climatério inicia-se aproximadamente aos 40 anos e pode se estender até os 65 anos. Já a menopausa, geralmente, ocorre em torno dos 50 anos de idade. Apesar disso, é válido pontuar que essas fases não são determinadas somente pela faixa etária ou pela

cessação da menstruação, mas também pelo contexto sociocultural no qual a mulher está inserida³. Desse modo, é necessário direcionar o olhar para as mulheres que residem em espaços específicos, como a zona rural, pois elas podem apresentar especificidades que precisam ser valorizadas pelos serviços e profissionais de saúde.

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) reforça a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelas mulheres da zona rural, a qual está atrelada à desigualdade de gênero e de trabalho, à distância geográfica entre o domicílio ou trabalho e as instituições de saúde, assim como pela pouca ou inexistente capacitação dos gestores e profissionais de saúde para trabalhar com as especificidades da população que reside no campo⁴.

Somado a isso, sabe-se que a população da zona rural possui menor grau de escolaridade e maiores condições de vulnerabilidade, implicando na baixa qualidade de vida⁵. Desse modo, estudo indica que a procura pelos atendimentos de saúde, nas áreas rurais, cresce de acordo com a escolaridade, sendo mais expressiva entre os idosos e as mulheres, mas quando comparada com a zona urbana, essa procura

ainda se mostra inferior. Esses dados demonstram a necessidade de políticas de proteção, prevenção e promoção à saúde direcionadas para a população rural⁶.

Quando se analisa a partir do recorte das mulheres que estão experienciando o climatério é possível inferir que algumas podem desconhecer os sinais, sintomas e alterações ligadas a essa fase. Por essa razão, frequentemente, não procuram por informações e/ou pelo próprio serviço de saúde⁷. Em contrapartida, aquelas que reconhecem o climatério e desenvolvem práticas de cuidado, muitas vezes, utilizam recursos acessíveis ao seu contexto, como o preparo de remédios caseiros à base de plantas medicinais⁸.

Nessa direção, salienta-se que os estudos sobre a saúde da mulher do meio rural, no período do climatério, são incipientes, o que dificulta a proposição de ações congruentes com a sua realidade^{4,9,10}. Ademais, verifica-se a falta de preparo profissional na assistência à saúde da população rural¹¹, o que pode contribuir para a perpetuação da invisibilidade da mulher que vivencia o climatério e reside nesse contexto. Com isso, compreende-se a importância da sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde, os quais podem ser subsidiados por estudos que têm como público-alvo as pessoas que vivem no campo. Diante do exposto, o presente estudo guiou-se a partir da questão de pesquisa: “Quais são os saberes e as práticas de cuidados de mulheres da zona rural do Rio Grande do Sul sobre o climatério?”. O objetivo do estudo foi conhecer os saberes e as práticas de cuidados de mulheres da zona rural do Rio Grande do Sul sobre o climatério.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, de campo, com caráter exploratório e descritivo. O cenário de captação das participantes foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da zona rural, localizada em João Arregui, 4º distrito do município de Uruguai, Rio Grande do Sul.

Inicialmente, realizou-se a apresentação do projeto de pesquisa à enfermeira responsável pela UBS, para a familiarização e indicação das possíveis participantes do estudo, as quais deveriam apresentar os critérios de inclusão: estar vivenciando o climatério ou menopausa, independentemente da faixa etária. Salienta-se que não existiam critérios

de exclusão.

Na sequência, realizou-se contato telefônico com uma das mulheres indicadas pela enfermeira para o convite de participação na pesquisa. Após o aceite dessa participante, solicitou-se que ela indicasse uma nova mulher provável participante, indicando seu contato telefônico para a realização do convite, conforme caracterizado na técnica de *snowball*¹². Salienta-se que não houve recusas de entrevistas.

A coleta de dados foi realizada presencialmente, respeitando-se as medidas de proteção individual e de higiene contra a covid-19. O local para a realização da coleta de dados foi escolhido pelas participantes, preservando sua privacidade e o anonimato. Diante disso, todas as mulheres decidiram realizar em suas próprias residências.

Aplicou-se roteiro de entrevista semiestruturada contendo questões para a caracterização das participantes e aspectos socioeconômicos, bem como perguntas sobre os saberes e as práticas de cuidados relacionadas ao climatério. De forma complementar à entrevista, utilizou-se a Técnica de Criatividade e Sensibilidade (TCS) Almanaque¹³, orientada pela questão guia: “O que você sabe e/ou já ouviu falar sobre climatério?”. Na Figura 1, constam as imagens disponibilizadas às participantes para a confecção do seu Almanaque.

Figura 1 – Imagens contidas na Técnica de Criatividade e Sensibilidade “Almanaque”.



Fonte: Elaboração própria (2022).

As entrevistas foram realizadas, individual e particularmente, com as mulheres, em dezembro de 2021, com duração média de 15 minutos, sendo realizada a gravação de áudio a partir do consentimento das participantes. Logo, como critério para definir a interrupção de novas participantes, aplicou-se a técnica de saturação de dados¹². A fim de proteger a identidade das mulheres entrevistadas, utilizou-se a letra “E” associada a um numeral para

identificá-las.

Os materiais produzidos foram submetidos à análise de conteúdo temática¹⁴. Com isso, obteve-se o tema: “É um ciclo que se fechou”: saberes e práticas de cuidados de mulheres da zona rural sobre o climatério.

Destaca-se que foram respeitados todos os aspectos éticos previstos na Resolução n.º 466/2012. Todas as participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, no dia 27 de julho de 2021, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética número 49772021.4.0000.5323, parecer n.º 4.870.408.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 10 mulheres, as quais encontravam-se na faixa etária entre os 41 e 57 anos de idade. A maioria se autodeclarou branca (n=8), católica (n=5), possuía ensino fundamental incompleto (n=6), era casada (n=9), morava com o companheiro (n=5) ou com o companheiro e os filhos (n=5), tinha trabalho fixo remunerado (n=4), apresentava renda familiar entre um e dois salários-mínimos (n=4). Dentre as patologias apresentadas, seis conviviam com a hipertensão arterial sistêmica (HAS), uma com HAS e hipotireoidismo, uma com hérnia de disco e duas não possuíam agravos.

“É um ciclo que se fechou”: saberes e práticas de cuidados de mulheres da zona rural sobre o climatério

As participantes manifestaram desconhecimento sobre o termo climatério. Nesse sentido, quando explicitada a definição do termo, elas o associaram à menopausa e, com isso, vincularam as imagens disponíveis no Almanaque aos sinais e sintomas apresentados por elas ou por outras mulheres.

Parece que nos dias que era quando me vinha a menstruação, parece que me deixava um pouco alterada, ansiosa (Figura 6) e parece que muitas coisas parecem que me irritam (Figura 11). Mas nenhuma outra coisa [...] acho que eu estou na menopausa, porque parou de vez e essa raiva, nervosismo e loucura, que me tiravam fora da casinha, passou também. Eu aprendi a lidar (E1).

Tem pessoas que têm sintomas, outras não. Acho que depende muito dos teus hormônios [...] eu nunca tive nada. Eu faço meus exames, mas eu nunca tratei. Nunca fiz o tratamento que tem que fazer depois dos 40 anos (E2).

Quando tu entras na menopausa, a menstruação começa a desregular. Às vezes, vem e, às vezes, não vem, e tu tem que fazer tratamento, tem pessoas que dá um calorão (E4).

Menopausa é quando para totalmente, né? A gente fica esperando que venha menstruação naquele mês e não vem mais, não vem. Para mim, foi assim, mas tem umas pessoas que dizem que passa dois meses sem vir, que estão na menopausa e daqui a pouco vem de novo. Mas comigo parou e não veio mais [...] O calor, né? (Figura 1) e ansiosa um pouco (Figura 6) [...] Sempre ouvi falar que as pessoas têm mau-humor, uma tristeza (Figuras 9 e 10), um aborrecimento [...] falta de apetite sexual (Figura 16), que não queria fazer sexo. Eu já não tive problema nenhum [...] eu fui à médica e ela me disse que toda mulher passa por isso, umas mais fortes e em outras menos [...] acho que eu já passei pelos dois [climatério e menopausa], porque eu não tenho nada desses sintomas (E6).

Ah, eu acho que eu tô no clima da menopausa, porque mudou bastante coisa. Eu sinto esses sintomas. Estou com muito cabelo no rosto e aqueles calorões e aqueles frios [...] até o apetite da relação mudou [...] com mais de 40 anos, não é a mesma sensação, muda bastante [...] às vezes, tu está bem. Às vezes, tu estás nervosa, está fora de controle. A menstruação vem aos poucos e depois para [...] dá calorão, ansiedade, vontade, desejo, como falta de vontade de sexo, entendeu? (E7).

A pessoa vai ficando frágil, perdendo a flacidez do braço (Figura 17), fica frágil a pele da gente. Sabe que não tive nada, foi parando, parando, até que parou

[menstruação] (Figura 13), até hoje não tive problema nenhum. Me dava muito calor (Figura 1), muito suor (Figuras 3 e 4) (E8).

Figura 2 – Imagens que compuseram a TCS “Almanaque” das entrevistadas.



Fonte: Elaboração própria (2022).

Estudo realizado com mulheres de uma zona urbana demonstra que essas possuem conhecimentos superficiais sobre o climatério, sendo que algumas definem sucintamente o termo. Porém, outras mulheres o associam à infertilidade e, também, demonstram equívocos entre os conceitos de climatério e menopausa³.

Além disso, as entrevistadas apontaram que, a partir dos conhecimentos sobre a sintomatologia do climatério, conseguiram identificar o início dessa etapa. Quatro relataram tranquilidade e as demais demonstraram insatisfação com as mudanças vivenciadas, relacionando-as, principalmente, ao envelhecimento.

Considerarei normal. Conversei com vizinhas, comentei sobre a idade e me falaram que também passaram por isso (E1).

Eu lidei bem, tranquilo. Não tem nada de diferente. Meio louca eu já sou, meio irritada, diz que a pessoa pode ficar irritada, mas isso eu já sou (E4).

Me sinto velha [...] é um ciclo que se fechou (E5).

Para mim, foi normal, fiquei como eu era antes, não senti nada de diferente, de grande diferença [...] sigo a vida normal (E6).

Me sinto fria demais. Às vezes, até nervosa [...] tem gente que acha os sintomas da

menopausa normais. Mas, para mim, não é normal. Acho que a mulher estar na menopausa com 40 anos não deve ser normal, porque muda bastante. Eu tenho até medo de ficar fria para o resto da vida (E7).

Fiquei velha mesmo [...] agora chegou a idade, parou a menstruação (E8).

Ressalta-se que as vivências de cada mulher estão atreladas ao grau de intensidade das suas mudanças, ao modo como vivem e se relacionam. Culturalmente, a beleza, a juventude e a maternidade são aspectos que atribuem valor às mulheres. Dessa forma, ao chegar no climatério, algumas delas demonstram sentimentos de desvalorização, tristeza e até depressão. Associados a isso, fatores sociais comuns nessa fase, como a aposentadoria, crescimento dos filhos e falecimento do cônjuge também interferem no estado emocional das mulheres³.

Contudo, o climatério representa uma fase fisiológica do ciclo vital feminino. Portanto, não deve ser considerado como condição patológica. Logo, é preciso desconstruir a crença sobre a existência de distúrbios comportamentais ligados ao climatério, tendo em vista que os sintomas e desconfortos relatados nessa fase também provêm das circunstâncias pessoais e sociais vivenciadas pela mulher nesse período³.

Verificou-se, ainda, que as participantes buscaram pelo serviço de saúde diante dos sinais e sintomas apresentados no climatério. Elas relataram as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde e consideraram que foram esclarecidas sobre as alterações que estavam ocorrendo nessa fase.

Acho que me ajudou bastante, que é necessário, porque me tirou dúvida. Às vezes, tinha pensado se era normal ou se eu estava com algum problema, e conversando com ela [enfermeira] os problemas ou a preocupação eu já descartei [...] A enfermeira ficou um bom tempo conversando comigo a respeito disso (E1).

Como eu tinha muito medo de engravidar, eu tomava pílula. A médica mandou eu parar com a pílula, porque a situação do meu organismo estava muito atrofiada e eu não menstruo mais, é um sangramento e não é menstruação. Parei de tomar pílula e parou

tudo, não veio mais a menstruação (E3).

Se eu sentisse algum outro tipo de sintoma, como vontade de chorar, ficasse triste ou irritada era para eu voltar [ao serviço de saúde], mas eu não senti nada e não voltei [...] ela [ginecologista] respondeu tudo que eu queria saber (E6).

Ela [enfermeira] deu uma conversada, me explicou como era tudo (E7).

Estudo verificou diferenças significativas na qualidade de vida de mulheres da zona rural e urbana, durante a menopausa. Observou-se que as mulheres da zona rural apresentaram mais situações de depressão, ansiedade, alteração nas funções cognitivas, sociais e sexuais, além de insatisfação com a vida. Logo, percebe-se a necessidade de implementação de ações para a melhoria da qualidade de vida desse grupo¹⁵.

Nessa direção, a consulta de enfermagem emerge como estratégia essencial para a assistência à mulher no climatério. A escuta qualificada e as ações de educação em saúde são ferramentas básicas capazes de esclarecer dúvidas e solucionar demandas, gerando sentimentos de satisfação às mulheres, o que pode resultar no desenvolvimento de maior autonomia no cuidado¹⁶.

Constatou-se, neste estudo, que, além dos profissionais de saúde, as participantes buscaram por amigas, vizinhas e familiares, em especial do sexo feminino. Essas pessoas foram consideradas como fonte de ajuda para as questões relacionadas às mudanças do climatério.

Busquei ajuda, porque eu achava que aquela coisa irritante não era normal e elas [vizinhas] falaram que eram piores, que o que eu estava passando não era nada. Para elas, foi mais difícil (E1).

Conversa de mulher mesmo, tu te reúnes, vai tomar um chimarrão e sai todo tipo de conversa. Uma conta uma coisa, outra conta outra, conversa do dia a dia [...] até a gente entrar nessa fase, a gente não dá muita bola. Como a gente acha que vai entrar nessa fase, a gente começa a conversar e entender o que as outras já passaram ou que estão passando. Tu te orientas que tem que

procurar ajuda médica, se você está sentindo alguma coisa (E6).

Às vezes, eu conversava com a minha mãe e perguntava como ela entrou no clima da menopausa, essas coisas, e ela contava [...] é bom a gente conversar com a mãe, com a vó, pessoas que já tiveram nessa etapa (E7).

Eu conversava com minhas vizinhas, elas diziam: mas isso é normal com todas. Aconteceu comigo, acontece com as outras (E8).

A família possui um importante papel na construção dos conhecimentos dos indivíduos e no desenvolvimento do cuidado. No cuidado à saúde, percebe-se que as avós, mães e tias constituem as referências para outras mulheres. Em se tratando do climatério, observa-se que elas permanecem sendo os principais membros da rede de apoio social das mulheres⁷.

Verificou-se que as mulheres também sinalizaram a internet e as redes sociais como fontes de informações para esclarecer suas dúvidas. Estudo realizado com mulheres da zona rural, que vivenciavam o climatério, identificou o mesmo resultado. Os autores enfatizam a facilidade de acesso à ferramenta para embasamento das práticas de cuidados. Contudo, é preciso pontuar que ainda existem situações de exclusão com relação aos contextos sociais de menor poder aquisitivo ou na área rural, o que prejudica o acesso às informações⁷.

No que tange às práticas de cuidados relacionadas ao climatério, as participantes mencionaram os cuidados com a alimentação e o uso de plantas medicinais. Elas mencionaram as orientações recebidas pelos profissionais de saúde e pessoas do convívio social.

Quando eu fui na doutora, quando eu tive esses calorão, ela me falou que tinha que cuidar da alimentação. Se era possível comer mais frutas, não comer muita gordura. Até brinquei com ela [médica] que poderia ser um pouco difícil, porque aqui no interior é muito difícil [...] como, por exemplo, dos calores e de caminhar. Tu caminhas, faz seus exercícios, chega de tarde e toma seu banho, é como um exercício (E1).

Eu tomo a folha da parreira esmagada na água. Ajuda a passar o calorão, é muito bom. Uma folha, esmagada no copo, deixa ali e vai tomando aquela água todo dia (E3).

Me ensinaram, mas não cheguei a usar couve com laranja, porque diz que é muito bom. E o suco e leite de soja, que dizem que ajuda bastante (E4).

A literatura sinaliza diversas práticas de cuidados que ajudam no alívio dos sintomas relacionados ao climatério. É possível identificar desde práticas simples, como exercícios físicos e hábitos alimentares saudáveis, até práticas que envolvem a disponibilidade de poder aquisitivo, como acupuntura, musicoterapia e yoga¹⁷.

A realização de exercícios físicos aeróbicos, como as caminhadas, contribui para o aumento da autoestima, redução dos fogachos, insônia e depressão. Ademais, a mudança nos hábitos alimentares também é uma prática que ajuda a combater agravos frequentes nessa fase, como as mudanças de humor, doenças cardiovasculares e obesidade¹⁷.

Já o cultivo de plantas medicinais, a fabricação e o consumo de chás representam práticas de cuidados muito comuns no cotidiano das populações rurais. Algumas vezes, esses cuidados são acompanhados da crença, ritos religiosos e devoção aos santos e à fé, de uma maneira geral, emergindo como aspectos valiosos para superar as enfermidades, além de potencializar a prática terapêutica. Geralmente, esses saberes são compartilhados nas famílias entre as gerações, mas também são adquiridos em programas de televisão, livros, revistas e participação em cursos, nos grupos de mulheres e na prática de cuidados⁸.

Por fim, as participantes também se manifestaram sobre a Terapia de Reposição Hormonal (TRH). Elas revelaram diferentes posições sobre o tratamento medicamentoso.

Já escutei, mas ainda não fui conversar para usar [...] eu acho normal; se é bom para saúde tem que fazer (E2).

A doutora me disse que tem pessoas que têm outros tipos de sintomas e têm que tomar um hormônio, porque, senão, elas ficam ruim [...] no meu caso não precisaria, porque era pouco o que eu sentia [...] eu acho que o

tratamento é bom para as pessoas. No meu caso, se tivesse tido outros sintomas que eu precisasse tomar uma reposição, eu ia gostar, porque fica melhor. Não foi preciso, mas tem outras pessoas que precisam. Eu acho que é bom (E6).

Não ouvi e nem quero, porque daí me vou a 200 kg. Para emagrecer é uma tristeza, olha que eu não sou comilona (E7).

Estudo realizado com mulheres da zona urbana, que vivenciavam o climatério, sinaliza que 44,6% das entrevistadas procuraram ajuda médica para a redução dos sintomas relacionados a essa etapa da vida reprodutiva. Nesses casos, observou-se a prescrição da TRH para a maioria das mulheres. Contudo, algumas não realizaram o tratamento por considerarem desnecessário ou por possuírem receio sobre a prática¹⁸.

Logo, é preciso destacar que, apesar dos benefícios encontrados com o uso da TRH, no estudo em questão, 70% das mulheres suspenderam o uso após um ano de tratamento, devido aos efeitos colaterais. Elas apresentaram mastalgia, ganho de peso, sangramento irregular, retenção hídrica e mudanças no humor¹⁸.

Outra opção apontada pela literatura para o alívio dos sintomas climatéricos é a TRH natural com fitoterápicos, a qual interage com os receptores de estrogênio, demonstrando melhores resultados ligados aos riscos e benefícios, quando comparada ao TRH sintético¹⁷. Somado a isso, estudo sinaliza que, na zona rural, há uma preferência por recursos terapêuticos naturais, devido à proximidade da população com a natureza. Nesse contexto, além desses recursos serem mais acessíveis, são considerados de melhor qualidade, quando comparados aos medicamentos sintéticos, produzidos em laboratório, que prejudicam o organismo e o meio ambiente⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados permitem constatar que as mulheres da zona rural desconheciam o termo climatério e, após sua breve definição, associaram-no à menopausa, demonstrando saberes referentes à sintomatologia apresentada nessa etapa. A partir disso, elas sinalizaram que conseguiram identificar o início dessa fase.

Seus saberes foram adquiridos, principalmente, por meio de diálogos com outras mulheres ou por meio da internet. Ademais, observou-se a satisfação quanto às orientações fornecidas sobre a temática pelos profissionais da saúde.

Como práticas de cuidados para minimizar os sintomas relacionados ao climatério, elas destacaram as caminhadas, mudança nos hábitos alimentares, consumo de derivados de soja e o uso de plantas medicinais em chás e sucos. Além disso, demonstraram conhecimentos sobre a terapia de reposição hormonal, embora não a utilizem.

Considera-se que os achados deste estudo podem fornecer subsídios para um novo olhar assistencial direcionado à população feminina que vivencia o climatério e reside na zona rural. Nesse sentido, a maior parte dos dados encontrados na literatura aponta que as mulheres inseridas nesse contexto social têm dificuldades de acesso aos serviços de saúde. No estudo em tela, percebe-se que as participantes não vivenciam os mesmos obstáculos e se mostram satisfeitas com as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Apesar disso, percebe-se que elas ainda possuem conhecimentos limitados sobre o climatério e menopausa, bem como sobre as práticas de cuidados necessárias nesses períodos. Portanto, a partir da identificação dos conhecimentos e práticas de cuidados dessas mulheres, considera-se que os profissionais de saúde poderão desenvolver e propor ações de saúde congruentes com as suas demandas e particularidades desse público, o que pode implicar na prevenção de agravos e em melhorias na qualidade de vida.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Rielle Herrera Brandli e **Lisie Alende Prates** contribuíram na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo. **Isabela Teixeira Bagé** contribuiu na revisão crítica do artigo. **Cenir Gonçalves Tier**, **Daiana de Paula Fontoura** e **Ana Paula de Lima Escobal** contribuíram na interpretação dos dados e na revisão crítica do artigo. Todas as autoras aprovaram a versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Baccaro LFC, Paiva LHS C, Nasser EJ, Valadares ALR, Silva CR, Nahas EAP et al. Initial evaluation in the climacteric. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet].

2022 [cited 2022 Mar 27];44(5):548-56. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/nX5mhRMXXkdHM8DBkzCP3bH/>

2. Vieira TMM, Araujo CR, Souza ECS, Costa MAR, Teston ÉF, Benedetti GMS et al. Vivenciando o climatério: percepções e vivências de mulheres atendidas na atenção básica. Enferm foco [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 13];9:40-45. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1084>

3. Curta JC, Weissheimer AM. Perceptions and feelings about physical changes in climacteric women. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 13];41(spe):e20190198. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PNXLw4JH78y8T64t6FRQ6NB/?lang=pt#>

4. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

5. Bortolotto CC, Mola CL, Tovo-Rodrigues L. Quality of life in adults from a rural area in Southern Brazil: a population-based study. ver Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 27];52:4s. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/tpBtmXPKzS4vKzC5Jj5Zqhw/abstract/?lang=pt#ModalHowcite>

6. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. Cad Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 24];34(6):e00213816. Disponível em: https://www.scielo.br/j/c_s_p/a/zMLkvHhQzMQQHjqFt3D534x/abstract/?lang=pt#ModalHowcite

7. Bisognin P, Prates LA, Perez RV, Bortoli CFC, Wilhelm LA, Schimith MD. Saberes e práticas de cuidado à saúde no climatério. J nurs health. [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 21];12(2). Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/24658>

8. Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. Interface (Botucatu) [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 14];22(66):903-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/7dzCsNGfSkQnsn3fbVv6gNG/#>

9. Silveira IL, Petronilo PA, Souza MO, Silva TDNC, Duarte JMBP, Maranhão TMO, et al. Prevalência de sintomas do climatério em mulheres dos meios rural e urbano no Rio Grande do Norte, Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2007 [cited 2022 Mar 15];29(8):415-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/HcTnFMSrq9mWgTd8bJJLmTf/abstract/?lang=pt#>

10. Ministério da Saúde (BR). Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2008.

11. Lima ÂRA, Dias NS, Lopes LB, Heck RM. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? Saúde debate [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 27];43(122):755-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3zKD9snRR15Gfz6xcwnkXDD/>

12. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9th ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

13. Magalhães MGM, Alvim NAT. Complementary and integrative therapies in nursing care: an ethical focus. Esc. Anna Nery Rev Enferm. 2013 [cited 2024 Jan 21];17(4):646-53. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bZpQQzKKJ3bvKV9vSxLRFVH/?lang=en>

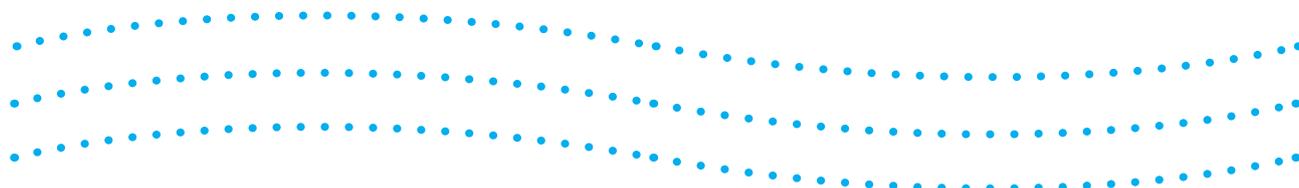
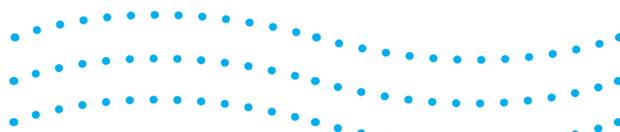
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

15. Heidari M, Sheikhi RA, Rezaei P, Kabirian Abyaneh S. Comparing Quality of Life of Elderly Menopause Living in Urban and Rural Areas. J Menopausal Med. 2019 [cited 2024 Jan 21];5(1):28-34. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6487286/>

16. Santos CL, Ferreira LGA, França VGC, Carvalho MVG, Santos RB, Sousa VJ. A percepção da mulher com relação a consulta do climatério. Nursing [Internet]. 2022 [cited 2022 Jan 22];25(285):7204-21. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2234>

17. Araujo AR, Chagas RKF, Lima ICS. Terapias alternativas para os cuidados dos sintomas da menopausa: delineando possibilidades e desafios. Rev Fun Care Online [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 21];12:1267-73. Disponível em: <https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7967/pdf>

18. Machado LN, Alano GM, Nascimento DZ. Climatério e terapia de reposição hormonal por mulheres em um município do sul de Santa Catarina. Rev AMRIGS [Internet] 2021 [cited 2024 Jan 21];65(3). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1370030>



SAÚDE BUCAL DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO: POR ONDE COMEÇAR?

ORAL HEALTH OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE: WHERE TO START?
SALUD BUCAL DE LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS: ¿POR DÓNDE EMPEZAR?

Lia Barros da Fonseca ¹

Maria Sabryna Cândido Evangelista ²

Luciana Maria Arcanjo Frota ³

Ernanda Maria de Araújo Sales ⁴

Myrna Maria Arcanjo Frota Barros ⁵

Pedro Henrique Acioly Guedes Peixoto Vieira ⁶

Como Citar:

Fonseca, LB. Evangelista, MSC. Frota, LMA. Sales, EMA. Barros, MMAF. Vieira, PHAGP. Saúde Bucal do Idoso Institucionalizado: por onde começar?. *Sanare*. 2024;(23)1.

Descritores:

Instituição de Longa Permanência para Idosos; Saúde Bucal; Epidemiologia.

Descriptors:

Long Stay Institution for the Elderly. Oral Health. Epidemiology.

Descriptores:

Institución de Larga Estancia para Adultos Mayores; Salud Bucal; Epidemiología.

Submetido:

29/02/2024

Aprovado:

13/05/2024

Autor(a) para Correspondência:

Myrna Maria Arcanjo Frota Barros
E-mail: myrnaarcanjo@ufc.br

RESUMO

A população brasileira está envelhecendo rapidamente, provocando um aumento no número de idosos institucionalizados, que, muitas vezes, não têm assistência odontológica necessária. Assim, o objetivo deste estudo foi conhecer o perfil da pessoa idosa institucionalizada e a assistência odontológica. O trabalho foi baseado em prontuários e registros odontológicos de 72 idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Município de Fortaleza, sendo caracterizado como descritivo, quantitativo, observacional e transversal. Dados foram analisados por meio da estatística descritiva e representados em frequência e percentual da população amostral. Foi constatado que a maior parte dos idosos da instituição são homens e que a média de idade é de 71 anos para o público masculino e 73 anos para o feminino. A maioria dos residentes estão na instituição entre um a cinco anos. Os idosos com dependência Grau II são mais prevalentes na instituição, mas que a maior parte deambula sem auxílio. Quanto às principais patologias que acometem os idosos, as doenças cardiovasculares foram as mais frequentes e os fármacos com maior frequência de uso foram os psicotrópicos. Os procedimentos odontológicos realizados na ILPI assumem um caráter preventivo. O grau de dependência para a realização das atividades de vida diária, as patologias acometidas e o uso contínuo de alguns fármacos possuem interlocução direta com a saúde oral. É imperioso amplificar a atuação da odontologia em ações preventivas e terapêuticas, de modo a melhorar a qualidade de vida dos idosos em ILPI.

1. Centro Universitário Christus (Unichristus), Fortaleza, Brasil. E-mail: lia.planejamento@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1854-227X>

2. Centro Universitário Christus (Unichristus), Fortaleza, Brasil. E-mail: sabrynacandido18@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3214-2158>

3. Doutora, Professora do Centro Universitário UNINTA. E-mail: luciana.arcanjo@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1342-5038>

4. Doutora, Professora Universitária da Graduação do Centro Universitário Christus (Unichristus). E-mail: ernandasalles@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9067-3564>

5. Doutora, Professora do Curso de Odontologia da UFC, Campus Sobral, Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: myrnaarcanjo@ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7689-175X>

6. Doutor, Professor Universitário da Graduação e Pós-graduação do Centro Universitário Christus (Unichristus). E-mail: pedrohenriqueacioly@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1352-6402>

ABSTRACT

The Brazilian population is aging rapidly, causing an increase in the number of institutionalized elderly people, who often do not have the necessary dental care. Thus, the objective of this study was to know the profile of institutionalized elderly and the influence on oral health. The work was based on medical records and dental records of 72 elderly residents in a Long Stay Institution for the Elderly (ILPI) in the city of Fortaleza, being characterized as descriptive, quantitative, observational and cross-sectional. Data were analyzed using descriptive statistics and represented in frequency and percentage of the sample population. It was found that most of the seniors at the institution are men and that the average age is 71 years for men and 73 years for women. Most residents have been at the institution for between one and five years. Elderly people with Grade II dependency are more prevalent in the institution, but most walk without assistance. As for the main pathologies that affect the elderly, cardiovascular diseases were the most frequent and the drugs with the highest frequency of use were psychotropic drugs. Dental procedures performed at the ILPI are preventive in nature. The degree of dependence to carry out activities of daily living, such as the pathologies affected and the continuous use of some medications, have a direct dialogue with oral health. It is imperative to expand the performance of dentistry in preventive and therapeutic actions that suggest the quality of life of the elderly in ILPI.

RESUMEN

La población brasileña está envejeciendo rápidamente, lo que provoca un aumento del número de personas mayores institucionalizadas, que muchas veces no cuentan con la atención dental necesaria. Así, el objetivo de este estudio fue comprender el perfil de los ancianos institucionalizados y la atención odontológica que reciben. El trabajo se basó en historias clínicas y odontológicas de 72 adultos mayores residentes en una Institución de Larga Estancia para Adultos Mayores (ILPI) del Municipio de Fortaleza, caracterizándose como descriptivo, cuantitativo, observacional y transversal. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y representados como frecuencia y porcentaje de la muestra poblacional. Se encontró que la mayoría de los ancianos de la institución son hombres y que la edad promedio es de 71 años para los hombres y 73 años para las mujeres. La mayoría de los residentes llevan en la institución entre uno y cinco años. Las personas mayores con dependencia Grado II son más prevalentes en la institución, aunque la mayoría camina sin ayuda. En cuanto a las principales patologías que afectan a las personas mayores, las enfermedades cardiovasculares fueron las más frecuentes y los fármacos más utilizados fueron los psicotrópicos. Los procedimientos odontológicos realizados en el ILPI son de carácter preventivo. El grado de dependencia para realizar actividades de la vida diaria, las patologías afectadas y el uso continuo de algunos fármacos tienen una relación directa con la salud bucal. Es imperativo ampliar el papel de la odontología en acciones preventivas y terapéuticas, con el fin de mejorar la calidad de vida de los ancianos del ILPI.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos vem ocorrendo no Brasil um processo de transição demográfica que está gerando impacto na aceleração do envelhecimento populacional. De acordo com a Divisão de População da Organização das Nações Unidas (ONU), a população brasileira com mais de 60 anos no ano de 1950 era de 2,6 milhões e passou para 29,9 milhões em 2020. A estimativa é que até 2100 o número de idosos com essa faixa etária alcance o total de 72,4 milhões¹.

Embora seja uma tendência global, esse crescimento da população idosa no país está ocorrendo de forma mais célere e intensa, se comparada aos percentuais de todo o mundo. Além do mais, essa ampliação vem acompanhada de um contexto socioeconômico desfavorável no Brasil,

o que pode afetar diretamente em necessidades sociais, de saúde e de previdência^{1,2}.

Além do aumento dos gastos com a saúde e aposentadoria, existem outros fatores que podem impactar diretamente a vida do idoso. Menor oportunidade de empregos, diminuição de renda, dependência por incapacidades e viuvez e/ou ausência de outra pessoa para dividir a moradia são exemplos dessas condições que podem contribuir para que os idosos procurem Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs ou sejam institucionalizados³.

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as ILPIs são instituições destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e que possuem como uma das atribuições prever a atenção integral ao idoso, a qual

está incluída a saúde bucal, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção à saúde⁴.

Em pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA no ano de 2011, constatou-se que, no Brasil, as ILPIs ficavam concentradas principalmente em grandes cidades da região Sudeste, sendo identificadas pelo menos 3.548 instituições no país, abrigando o total de 83.870 idosos, o que representa 0,5% da população idosa no país. A maior parte dessas instituições oferecem serviços médicos (66%), de fisioterapia (56%), terapia ocupacional (31%) e psicologia (23%), contudo, os serviços odontológicos não foram citados no mencionado estudo⁵.

Mesmo a saúde bucal sendo parte integrante da saúde do idoso, estudos demonstram que, no Brasil, esta continua sendo negligenciada em ILPIs. Foi identificado em pesquisa anterior a presença de alto índice de cárie, além de serem comuns as queixas pelos idosos de perdas dentárias, o que reverbera não só nas funções orais como em sua autoestima⁶.

A precária saúde bucal de idosos residentes em instituições pode ser justificada pelo acesso limitado aos serviços odontológicos e à inexistência de uma rotina diária de higiene bucal⁷. A ideia é corroborada por outro estudo que relata que os serviços de saúde oferecidos nas ILPIs são centrados na cura e reabilitação, não oferecendo recursos de promoção à saúde para manter capacidade funcional do idoso⁸.

A condição geral de saúde dos institucionalizados é fragilizada e marcada pela presença de comorbidades, dessa forma, as condições de saúde bucal são capazes de impactar no seu estado físico e psicológico e vice-versa^{2,3,6-8}. Assim, torna-se importante conhecer o perfil de idosos dessas instituições e a influência com a saúde bucal, com o intuito de identificar possíveis fragilidades na assistência odontológica e subsidiar futuramente na criação de medidas de caráter preventivo e estratégias que favoreçam a manutenção da saúde bucal dos idosos institucionalizados. Desta forma, a pesquisa objetivou traçar o perfil de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência, relacionando com a importância da saúde bucal.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem

quantitativa realizado a partir de dados primários, observacional com corte transversal.

A pesquisa foi realizada em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos do município de Fortaleza. A mencionada unidade possui como público alvo idosos do sexo feminino e masculino com idade igual ou superior a 60 anos, é financiada pelo Governo do Estado do Ceará e possui como objetivo prestar assistência integral, em regime de abrigo provisório e/ou permanente, a pessoas idosas em situação de abandono e/ou com vínculos familiares frágeis ou desconhecidos.

Para dar concretude aos objetivos propostos, a instituição possui uma equipe multiprofissional formada por profissionais da Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Serviço Social e Odontologia. No tocante especificamente a área de Odontologia, a unidade possui um consultório odontológico e atualmente conta com uma Assistente de Saúde Bucal – ASB e um Cirurgião-Dentista especialista em Prótese que possui carga horária semanal de 20h.

O atendimento odontológico acontece às quartas e sextas-feiras, dias nos quais ocorrem em média quatro atendimentos clínicos, totalizando oito atendimentos semanais. São ofertados procedimentos relacionados à prevenção, tais como profilaxia e instrução de higiene oral, bem como restaurações, exodontias e reabilitação protética.

População de estudo

O estudo foi realizado através da análise das informações presentes nos prontuários e registros odontológicos dos 72 idosos residentes na ILPI no período compreendido entre julho a dezembro de 2022. Foram coletadas informações referentes a idade, sexo, tempo de permanência na instituição, grau de dependência, grau de locomoção, patologias clínicas e psiquiátricas, fármacos de uso contínuo e procedimentos odontológicos realizados no período em questão.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos idosos da Instituição de Longa Permanência para Idosos admitidos na instituição até junho de 2022 e que possuíam em seus registros todas as informações necessárias para a realização da pesquisa, e excluídos os que faleceram ou foram reintegrados à família, e idosos que não possuíam

em seus registros todas as informações necessárias para a realização da pesquisa.

Coletas e análise de dados

A coleta de dados foi realizada entre julho a dezembro de 2022. Os dados foram tabulados por meio do *software Microsoft Excel* e analisados por meio da estatística descritiva e representados em frequência e percentual da população amostral.

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética em pesquisa e aprovado por meio do parecer número 5.442.860 do dia 01 de junho de 2022, sendo importante salientar que foram respeitadas as questões éticas conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise dos dados coletados, foi constatado que a maioria dos idosos residentes na instituição é do sexo masculino (n=45, 62,4%). Contudo, a literatura revela que há uma predominância do sexo feminino em relação ao sexo masculino nas ILPIs^{9,10}. Outro estudo observou que para cada 100 mulheres, havia 74 homens residentes nas instituições estudadas, dado que pode ser explicado, segundo a pesquisa, pelas piores condições de saúde das mulheres e de sua capacidade funcional, além dos homens terem a maior probabilidade de serem cuidados por seus respectivos cônjuges, não necessitando, portanto, de institucionalização⁸.

Quanto a idade dos idosos residentes na instituição, a média teve como resultado 73 anos para o público feminino e 71 anos para o masculino, não havendo diferença significativa entre elas.

No tocante ao tempo de permanência na instituição, torna-se imperioso salientar que 41,7% (n=30) são residentes da ILPI no período compreendido entre um a cinco anos, 20,8% (n=15) estão de 10 a 20 anos, 12,5% (n=9) residem há menos de um ano, 8,3% (n=6) de 5 a 10 anos, 8,3% (n=6) residem de 30 a 40 anos, 4,17% (n=3) de 20 a 30 anos e 4,17% (n=3) há mais de 40 anos.

Em relação ao grau de locomoção dos idosos, percebeu-se que 48,6% (n=35) deambula, 38,9%

(n=28) são cadeirantes, 9,7% (n=7) acamados e 2,8% (n=2) deambulam com órtese.

Outras informações coletadas nos prontuários dos institucionalizados foram as patologias que acometem esses idosos. Dessa forma, foi realizado o levantamento e categorização dessas doenças^{11,12}. A Tabela 1 apresenta o percentual de patologias que acometem os idosos desta pesquisa. Percebe-se que as doenças cardiovasculares obtiveram maior prevalência, totalizando 26,8% (n=48), se comparadas com as outras patologias que acometem esses idosos. Estão incluídas nessa categoria a hipertensão (n= 41), doenças cardíacas (n=4), insuficiência vascular periférica (n=2) e dislipidemia (n=1). O dado torna-se relevante uma vez que existe a associação entre as doenças inflamatórias de origem bucal e as doenças cardiovasculares¹³ (Tabela 1).

Tabela 1 - Percentual de patologias dos idosos institucionalizados.

Patologias	Nº	%
Doenças Cardiovasculares	48	26,8
Distúrbios Psiquiátricos e Comportamentais	31	17,3
Distúrbios Neurológicos	29	16,2
Diabetes Mellitus	15	8,4
Distúrbios visuais/oculares	10	5,6
Sequelas AVC	10	5,6
Neoplasias	7	3,9
Doenças gastrointestinais	6	3,4
Doenças musculoesqueléticas	6	3,4
Distúrbios pulmonares	5	2,8
Déficit Cognitivo	4	2,2
Osteoporose	4	2,2
Déficit auditivo e/ou linguagem	2	1,1
Doença renal	1	0,6
Insônia	1	0,6
Total	179	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Os níveis altos de lipídios no sangue associados a infecções odontogênicas, tais como cáries dentárias e doenças periodontais, são considerados fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Ademais, a literatura afirma que quanto pior o quadro de doença periodontal, maior será sua associação com doenças cardiovasculares e que o tratamento adequado poderá amenizar alterações

tais como aterosclerose e conseqüentemente infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral¹⁴.

Os distúrbios psiquiátricos e comportamentais também tiveram um alto índice de prevalência entre os idosos, totalizando 17,3% (n=31). Fazem parte desse grupo transtornos como a esquizofrenia (n=9), depressão (n=7), transtorno bipolar (n=1) e transtornos psiquiátricos não definidos (n=14). Os indivíduos com transtornos mentais possuem alguns fatores de risco que impactam diretamente na saúde oral como, por exemplo, a diminuição da higiene bucal por abalo emocional, dificuldade de higienização bucal pelas dificuldades motoras e/ou físicas, nutrição deficiente e uso de fármacos para tratamento da patologia. Torna-se imperioso salientar que a doença cárie e a doença periodontal são as alterações mais recorrentes em pacientes com transtornos psiquiátricos¹⁵.

De todos os diagnósticos dos idosos identificados, 16,2 % (n=29) é representado por distúrbios neurológicos, especificamente Síndrome Demencial (n=21), Doença de Parkinson (n=4), Doença de Alzheimer (n=3) e Epilepsia (n=1). As doenças neurológicas afetam diretamente o sistema nervoso central, com características crônicas que podem causar incapacidades que comprometem as atividades de vida diária dos indivíduos. Pacientes com distúrbios neurológicos podem necessitar de cuidadores para a realização de atividades de autocuidado como a higienização oral, contudo, estes podem encontrar dificuldades em fazê-la em virtude das características específicas da própria patologia, o que possivelmente acarretará no aumento do biofilme dental e manutenção ou agravamento do quadro de doença periodontal¹⁶.

Conforme relatado, a dificuldade de higienização bucal é um dos achados compartilhados pelas patologias mencionadas, todavia, nos portadores de Parkinson a literatura relata dificuldade de deglutição, presença de sialorreia ou xerostomia, ardência bucal e problemas na estabilidade de próteses dentárias. Nos indivíduos com demência existe a elevação do quantitativo de biofilme dentário, dificuldade de higienização de próteses e presença de saburra lingual. Quanto aos indivíduos que possuem como enfermidade o Alzheimer, alterações como cárie e doença periodontal são comuns¹⁶⁻¹⁸.

A Diabetes Mellitus (DM) foi outro diagnóstico frequente identificado nos idosos desta pesquisa com o índice de 8,4% (n=15). Cerca de 13 milhões

de pessoas vivem com diabetes, ou seja, 6,9% da população, e que a DM é um problema de saúde pública em todo o mundo, apresentando altas taxas de mortalidade e morbidade. Ademais, a literatura ressalta que a doença pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento de doenças periodontais, mantendo uma relação bidirecional entre as duas patologias, uma vez que a DM pode elevar o risco de aparecimento de periodontite ou agravá-la, bem como a doença periodontal não tratada poderá piorar o quadro glicêmico do paciente¹⁹.

A seqüela de Acidente Vascular Cerebral (AVC) foi outro diagnóstico médico identificado com uma frequência de 5,6% (n=10). Nesse caso, é importante citar que evidências científicas comprovam a relação do AVC com a doença periodontal, que em sua fase ativa liberará citocinas e bactérias na corrente sanguínea que poderão contribuir para a formação de placas de ateroma e afetar a coagulação do sangue, elevando o risco de um futuro AVC. Assim, enfatiza-se a importância de medidas preventivas no tocante a saúde oral dos idosos para subsidiar no impedimento de piora desses dados¹⁴.

Também foram objetos de estudo os medicamentos de uso contínuo dos idosos participantes da pesquisa, dados esses coletados nas folhas de prescrições medicamentosas utilizadas na rotina de Enfermagem. Todos os fármacos identificados foram categorizados de acordo com sua indicação terapêutica, em observância ao Bulário Eletrônico da ANVISA, resultando nas informações dispostas na Tabela 2.

O número indicado na categoria farmacológica se refere ao quantitativo de idosos que utilizam qualquer medicamento que se enquadre na referida categoria, sendo importante frisar que os idosos que utilizavam medicamentos com indicações terapêuticas diferentes, mesmo estando na mesma categoria, foram contabilizados mais de uma vez.

Tabela 2 - Frequência de prescrição de fármacos de uso contínuo utilizados pelos idosos institucionalizados.

Categorias farmacológicas	n	%
Psicotrópicos	73	26,8
Fármacos cardiovasculares	54	19,9
Fármacos para tratamento de alterações gastrointestinais	38	14,0
Fármacos para tratamento de distúrbios neurológicos	37	13,6
Antiagregantes plaquetários	14	5,1
Repositores de vitaminas e sais minerais	14	5,1
Hipoglicemiantes	10	3,7
Hipnóticos	7	2,6
Bisfosfonatos	4	1,5
Anti-histamínicos	4	1,5
Antibióticos	3	1,1
Opioides	3	1,1
Broncodilatadores	2	0,7
Corticoides	2	0,7
Sedativos	2	0,7
Fármacos para tratamento de hiperplasia	2	0,7
Estabilizadores de humor	1	0,4
Fármacos oftalmológicos	1	0,4
Fármacos para tratamento do trato urinário	1	0,4
TOTAL	272	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Por meio da somatória dos medicamentos prescritos para os idosos, foi identificada a frequência de prescrição de 272 fármacos. Assim, percebeu-se que a maior prevalência de prescrição medicamentosa foram os psicotrópicos com o índice de 26,8% (n=73). Os medicamentos inseridos nesse grupo foram os antipsicóticos (n=39), antidepressivos (n=24) e ansiolíticos (n=10).

Os psicotrópicos são as drogas mais prescritas do mundo. Estudos comprovam que houve o crescimento do uso desses psicoativos na última década, aumento esse exacerbado com a pandemia do Covid-19 e o seu consequente impacto psicológico na população²⁰. Esses fármacos agem no Sistema Nervoso Central e alteram comportamento, humor e cognição do indivíduo, podendo levar a alterações sistêmicas e orais. Dentre as alterações bucais mais comuns está a diminuição da salivagem, que por si só pode favorecer o aparecimento de outras doenças, tais como a cárie e a doença periodontal, que em estados mais

avançados eleva o risco de perda dentária. Alterações como disgeusia, sialorreia, descamação dos lábios e queilite angular também foram relatadas^{15,21}.

Quanto ao grupo dos fármacos cardiovasculares, identificou-se a frequência significativa de uso, totalizando 19,9% (n=54) do total, os quais fazem parte os anti-hipertensivos (n=36) e os medicamentos utilizados para o tratamento de doenças cardíacas (n=3). Ademais, fármacos para o tratamento da dislipidemia (n=15) também estão presentes nesse grupo, contudo, ao analisá-los de forma isolada, percebeu-se que há uma frequência maior da prescrição de estatinas para pacientes hipertensos ou cardiopatas, mas que não possuem diagnóstico de dislipidemia e, dessa forma, pode-se concluir que a prescrição do dislipidêmico nesses casos pode estar mais associada à prevenção de doenças cardiovasculares para pacientes de alto risco²².

Ao realizar a análise da prescrição medicamentosa de anti-hipertensivos percebe-se que alguns idosos faziam uso de um, dois ou mais anti-hipertensivos diariamente. O uso de anti-hipertensivos está relacionado a alterações bucais, tendo como exemplo a xerostomia, alteração no paladar e hiperplasia gengival^{13,14}.

Foi identificado também o uso de fármacos comumente utilizados para tratar alterações gastrointestinais com o índice de 14,0% (n=38), tais como redutores de ácido gástrico (n=19), anticonstipantes (n=11), antieméticos (n=6) e medicamentos para tratamento de sialorreia (n=2).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a polifarmácia é quando o indivíduo faz uso concomitante e rotineiro de quatro ou mais medicamentos. De acordo com análise da prescrição medicamentosa da população do estudo, foi identificado que dos 72 idosos, 47 (65,2%) são polifarmácia e isso torna-se um problema no momento em que a interação medicamentosa pode ocorrer potencializando os efeitos de medicamentos e surgimento de efeitos adversos esperados e não esperados. Portanto, a prescrição de medicamentos para tratamento de alterações gastrointestinais pode estar relacionada à intenção de minimizar os efeitos adversos dos outros medicamentos de uso contínuo^{22,23}.

Os fármacos utilizados para o tratamento de distúrbios neurológicos obtiveram um percentual de 13,6% (n=37). Em observância a essa categoria foi identificada a prescrição de antiepiléticos (n=13),

medicamentos para tratamento de dor neuropática (n=10), Alzheimer (n=8), Parkinson (n=5), além de Demência (n=1). Os fármacos utilizados para tratamento de Alzheimer, por exemplo, podem gerar sialorreia, efeito bucal mais comum, que pode impactar na estabilidade de próteses removíveis e dificultar o atendimento odontológico caso haja necessidade de manter o campo seco. Já algumas drogas utilizadas para o tratamento da Doença de Parkinson podem causar xerostomia, bruxismo e modificação do paladar^{17,18}.

Os antiagregantes plaquetários tiveram frequência de 5,1% (n=14), contudo, ao realizar uma análise isolada desse grupo percebeu-se que o único antiagregante identificado foi o ácido acetilsalicílico, medicamento comumente prescrito como medida de prevenção de doenças cardiovasculares^{14,22,24}.

Quanto as condições de saúde bucal dos idosos institucionalizados, estudos realizados em países como Brasil, Espanha, Romênia, Índia e Malta possuem uma similaridade em relação a prevalência das seguintes alterações orais: edentulismo, doença cárie, doença periodontal, lesões orais, próteses inadequadas e higiene bucal precária, necessitando consequentemente de atendimento odontológico².

No presente trabalho não foi realizado o estudo das alterações orais de idosos institucionalizados, entretanto, foram coletados dados referentes ao atendimento odontológico desenvolvido no consultório de odontologia da Instituição de Longa Permanência para Idosos, no intuito de identificar os procedimentos mais prevalentes que serviram de base para planejamento de ações em promoção da saúde.

Tabela 3 - Percentual dos principais procedimentos odontológicos realizados.

Principais procedimentos odontológicos realizados	Nº de procedimentos	%
Escovação supervisionada	561	54
Profilaxia + raspagem supragengival	261	25
Higienização de Prótese	126	12
Restauração com CIV	48	5
Restauração com Resina Composta	25	2
Exodontia	11	1
Total	1032	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Em observância a Tabela 3, percebeu-se que do total de 1.032 procedimentos odontológicos realizados a escovação supervisionada foi a mais prevalente, pois obteve um percentual de 54% (n=561), ou seja, foi a atividade mais realizada com os idosos no período, contudo, torna-se importante salientar que, de acordo com o cirurgião-dentista responsável pelos atendimentos, nem todos os idosos são colaborativos para a realização da atividade. A profilaxia associada à raspagem supragengival também obteve resultados relevantes de 25% (n=261).

A higienização de prótese foi outro procedimento bastante realizado no período com o percentual de 12% (n=126) do total. O edentulismo é uma das alterações bucais mais prevalentes nas instituições do Brasil, ademais, estudos comprovam que há uma alta necessidade de uso de próteses dentárias, todavia, há uma baixa frequência de uso^{2,6,9,13,25}. Sobre o assunto, ressalta-se que apenas 16% (n=12) dos 72 idosos desta pesquisa faziam uso de próteses no período do estudo. Os demais procedimentos apresentaram uma representatividade menor ou igual a 5% (n=48), que são as restaurações com cimento de ionômero de vidro - CIV e resina composta, obtendo as exodontias com a menor prevalência de procedimentos realizados.

O atendimento odontológico na ILPI é realizado apenas dois dias na semana e quando não há a presença dos profissionais de odontologia a higiene oral nos residentes que possuam algum grau de dependência para a realização da atividade não é realizada, o que configura uma fragilidade da instituição. É importante salientar também que os resultados desta pesquisa estão relacionados a população específica do local, com metodologias que possuam caráter longitudinal, que abrangem uma população de estudo mais ampla e que possibilite a realização de intervenções que impactem na melhoria da saúde bucal desses residentes.

A escovação dentária deficiente e o uso de próteses mal higienizadas e com acúmulo de biofilme, são fatores prevalentes em idosos que elevam o risco do aparecimento de cáries radiculares, ressaltando ainda que a idade e a institucionalização têm associação com essa ocorrência. Essa condição é considerada um desafio, contudo, pode ser contornada através da implementação de estratégias preventivas, tais como as que estão sendo realizadas pela instituição que busca principalmente a melhoria da higiene desses residentes.

CONCLUSÕES

O presente estudo evidenciou que algumas condições dos idosos institucionalizados tais como grau de dependência para a realização das atividades de vida diária, patologias acometidas e uso contínuo de alguns fármacos possuem interlocução direta com a saúde oral, no entanto, observou-se que ações preventivas e de mínima intervenção implementadas pelos profissionais de odontologia e o atendimento odontológico focado na promoção da saúde bucal pode melhorar significativamente a saúde bucal e consequentemente a saúde geral dos idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS

- Alves, JED. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo: novas projeções da ONU. Rev Longevidade 2019; 3:5-9. Disponível em: <https://revistalongevidade.com.br/index.php/revistaportal/article/download/787/842>. Acesso em: 27 maio 2022.
- Aguiar, MCA. Condições de Saúde Bucal de idosos institucionalizados: um estudo de coorte prospectiva. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2017, 124 p. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/24956/1/MariaCeciliaAzevedoDeAguiar_TESE.pdf. Acesso em: 27 maio 2022.
- Siewert JS, Alvarez AM, Santos SMAD, Brito FA, Hammerschmidt KSA. Institutionalized elderly people with dementia: an integrative review on nursing care. Rev Bras Enferm. 2020;73 Suppl 3:e20180419. Doi: 10.1590/0034-7167-2018-0419.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 502/2005. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Brasília, 2021.
- Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Brasília: IPEA, 2011.
- Gaião, LR, Almeida MELD, Heukelbach J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. Rev Bras Epidemiol 2005;8:316-323. Doi: 10.1590/S1415-790X2005000300013 Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbepid/a/GvrH3SWPYvcSrX4VZrwsmfG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 fevereiro 2023.
- RibeiroAE, Santos GSD, Baldani, MH. Edentulismo, necessidade de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos institucionalizados. Saúde em Debate 2023;47: 222-241. DOI: [10.1590/0103-1104202313716](https://doi.org/10.1590/0103-1104202313716).
- Camarano, AA, Barbosa, P. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: do que se está falando?. Rio de Janeiro: Rcipea, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9146/1/Institui%3%a7%3%b5es%20de%20longa%20perman%3%aancia.pdf>. Acesso em: 13 outubro de 2022.
- Piueзам, G, de Lima KC. Factors associated with missing teeth in the Brazilian elderly institutionalized population. Gerodontology 2013;30:141-9. DOI: [10.1111/j.1741-2358.2012.00655.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2012.00655.x).
- Freitas, MAV, Scheicher, ME. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. Rev. bras. geriatr. Gerontol 2010;13:395-401. Doi: 10.1590/S1809-98232010000300006 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/ZwHmySy3rqG4YbSjkbHjYL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2022.
- Silva JC, Labuto MM. Principais alterações na cavidade bucal do idoso. Cadernos de Odontologia do Unifeso 2022;4:62-69. Disponível em: <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosodontologiaunifeso/article/view/2687/1225>. Acesso em: 29 nov. 2022.
- Little JW, Falace DA; Miller CS, Rhodus NL. Manejo Odontológico do Paciente Clinicamente Comprometido. 7. ed. Lexington: Elsevier, 2009. 688 p.
- Wong FMF, Ng YTY, Leung WK. Oral Health and Its Associated Factors Among Older Institutionalized Residents-A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health 2019;26:16-21. DOI: [10.3390/ijerph16214132](https://doi.org/10.3390/ijerph16214132).
- Sanz M, Marco Del Castillo A, Jepsen S, Gonzalez-Juanatey JR, D'Aiuto F, Bouchard P, Chapple I, Dietrich T, Gotsman I, Graziani F, Herrera D, Loos B, Madianos P, Michel JB, Perel P, Pieske B, Shapira L, Shechter M, Tonetti M, Vlachopoulos C, Wimmer G. Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report. J Clin Periodontol. 2020;47:268-288. DOI: [10.1111/jcpe.13189](https://doi.org/10.1111/jcpe.13189).
- Ulisses VMS, Melo DTA, Matos KF, Pereira RO, Costa KF; Fontes NM, Paulino MR. Saúde bucal em pacientes com transtornos mentais: uma revisão da literatura: mentais: uma revisão da literatura. Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research - Bjsr 2020:59-66. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/download-3623>. Acesso em: 07 dez. 2022.

16. Spezzia S. Desordens neurológicas, autocuidado e doenças periodontais. *Braz J Periodontol* 2019;29:15-21. Disponível em: http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/2019/junho/REVPERIO_JUNHO_2019_PUBL_SITE_PAG-15_A_21%20-%2026-07-2019.pdf. Acesso em: 07 dez. 2022.

17. Silva Neto JMA, Lucas JNV, Vilar VR, Silva ATVA, LUCAS JNV, Santos JMB, Medeiros MLBB, Cavalcanti TC. Cuidados em pacientes com doença de Parkinson na odontologia: revisão narrativa. *Rev. Eletrônica Acervo Saúde* 2020;12:1-8. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4828/3265>. Acesso em: 20 jan. 2023.

18. Silva JMD, Barbosa RF, Nobre FC, Pereira JECH, Romão DA. A Odontologia e a Doença de Alzheimer: revisão integrativa. *Diversitas Journal* 2020; 5: 2792-2805. Disponível em: https://www.diversitasjournal.com.br/diversitas_journal/article/view/1142/1124. Acesso em: 29 jan. 2023.

19. Carvalho WC et al. Assistência odontológica a pacientes com doença periodontal e diabetes mellitus: revisão bibliográfica. *Braz. J. Deve* 2021;7: 67074-87. Doi: :10.34117/bjdv7n7-130. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/32505>. Acesso em: 18 set. 2023.

20. Oliveira ET, Brandão LA, Pacheco S, Goes RWL. Implicações do uso dos psicotrópicos de interesse odontológico. *Scientia Generalis*, 2021;1;69-69, 2021. Disponível em: <http://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/128>. Acesso em: 25 nov. 2022.

21. Franco AG, Gomes FGC, Fernandes GAR, Franco ABG, Pires RCCP. Medicamentos psicotrópicos e a sua correlação com o sistema estomatognático na pandemia do covid-19: uma revisão de literatura. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*, 2022; 5; 1-12. DOI: [10.31005/iajmh.v5i.228](https://doi.org/10.31005/iajmh.v5i.228).

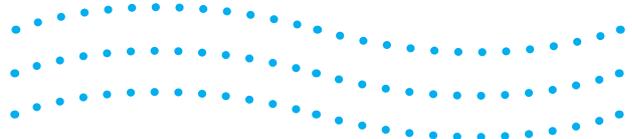
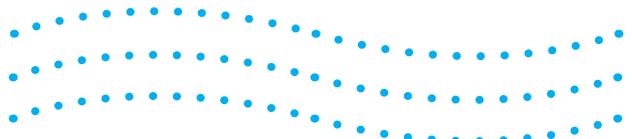
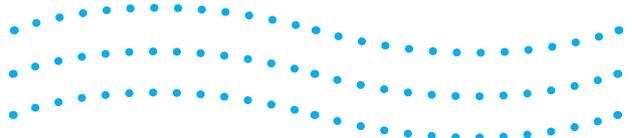
22. Silva HL, Oliveira NVB, Soler O. Análise de metanálises e ensaios clínicos relativos à utilização de estatinas em doenças cardiovasculares. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 2016;7:107-119. Doi: 10.5123/s2176-62232016000400013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000400013. Acesso em: 25 nov. 2022.

23. ABCMED, 2020. Polifarmácia: conceito, riscos, identificação e manejo. Disponível em: <<https://www.abc.med.br/p/vida-saudavel/1383413/polifarmacia-conceito-riscos-identificacao-e-manejo.htm>>. Acesso em: 29 nov. 2022.

24. dos Santos JP, Souza TS, Oliveira Souza B, dos Santos FRSB, Marinho PS, de Almeida e Silva UD, Lemos LB, da Silveira Lemos G. Prevalência e fatores associados ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos com insuficiência cardíaca

aguda. *Rev Contexto & Saúde*, 2023 23(47): e13565. DOI: [10.21527/2176-7114.2023.47.13565](https://doi.org/10.21527/2176-7114.2023.47.13565).

25. Piuvezam G, de Lima KC. Self-perceived oral health status in institutionalized elderly in Brazil. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2012;55:5-11. DOI: [10.1016/j.archger.2011.04.017](https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.04.017).



AVALIAÇÃO DO LETRAMENTO EM SAÚDE DE PESSOAS COM HANSENÍASE EM UMA REFERÊNCIA SECUNDÁRIA DO PIAUÍ

ASSESSMENT OF HEALTH LITERACY OF PEOPLE WITH LEPROSY IN A SECONDARY REFERENCE IN PIAUÍ
EVALUACIÓN DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD DE PERSONAS CON LEPROA EN UNA REFERENCIA SECUNDARIA EN PIAUÍ

Lara Beatriz de Sousa Araújo ¹
Raimundo Leoberto Torres de Sousa ²
Julieta Lopes Fernandes ³
Olívia Dias de Araújo ⁴

Como Citar:

Araújo LBS, Sousa RLT, Fernandes JL, Araújo OD. Avaliação do Letramento em Saúde de Pessoas com Hanseníase em uma Referência Secundária do Piauí. *Sanare* 2024;3(1).

Descritores:

Hanseníase; Letramento em Saúde; Alfabetização; Atenção Secundária à Saúde.

Descriptors:

Leprosy; Health Literacy; General Literacy; Secondary Health Care.

Descriptores:

Lepra; Alfabetización en salud; Alfabetización. Atención Secundaria de Salud.

Submetido:

11/04/2024

Aprovado:

29/05/2024

Autor(a) para Correspondência:

Lara Beatriz de Sousa Araújo
E-mail: larabeatriz@ufpi.edu.br

RESUMO

Analisar o nível de letramento em saúde e sua associação com os fatores sociodemográficos de adultos com hanseníase em um serviço de referência secundária foi o objetivo desse estudo. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, realizado com 175 usuários de um centro de referência secundária em tratamento para hanseníase em Teresina-Piauí. Utilizou-se questionário sociodemográfico, escala de letramento em saúde e a escala Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults (SAHLPA-18). Houve prevalência do sexo masculino, com idades entre 40 e 59 anos e ensino fundamental incompleto. Não houve associação com significância estatística ao relacionar o resultado da escala SAHLPA-18 com as variáveis: faixa etária, escolaridade, situação funcional, outras doenças crônicas e o tempo de diagnóstico da hanseníase. No entanto, os resultados revelam um baixo nível de compreensão e dificuldades principalmente relacionadas à interpretação. Há prevalência de pacientes com letramento funcional, essencialmente do sexo masculino e com baixa escolaridade não apenas relacionados à hanseníase, como a saúde em geral, o que impacta no processo saúde-doença e no autocuidado.

1. Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: larabeatriz@ufpi.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0820-203X>

2. Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz-PI) e Centro de Inteligência em Agravos Tropicais Emergentes e Negligenciados (CIATEN-UFPI). E-mail: leoberto_torres@outlook.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2524-1703>

3. Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: julietalopes32@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9867-0384>

4. Universidade Federal do Piauí (UFPI) e Centro de Inteligência em Agravos Tropicais Emergentes e Negligenciados (CIATEN-UFPI). E-mail: oliviaenf@ufpi.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9974-4338>

SUMMARY

To analyze the level of health literacy and its association with sociodemographic factors of adults with leprosy in a secondary reference service was the objective of this study. This is a descriptive, cross-sectional study, carried out with 175 users from a secondary reference center for leprosy treatment in Teresina-Piauí. We used a sociodemographic questionnaire, a health literacy scale, and the Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults (SAHLPA-18) scale. There was a prevalence of male subjects, between 40 and 59 years of age with incomplete primary education. There was no statistically significant association when facing the result of the SAHLPA-18 scale with the following variables: age group, education, functional status, other chronic diseases, and time since leprosy diagnosis. However, the results reveal a low level of understanding and difficulties mainly concerning interpretation. There is a prevalence of patients with functional literacy, mainly male, and with low education, not only related to leprosy, but also to health in general, impacting the health-disease process and self-care.

RESUMEN

Analizar el nivel de alfabetización en salud y su asociación con factores sociodemográficos de adultos con lepra en un servicio de referencia secundario. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, realizado con 175 usuarios de un centro de referencia secundario para el tratamiento de la lepra en Teresina-Piauí. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico, una escala de alfabetización en salud y la escala Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults (SAHLPA-18). Hubo una prevalencia de hombres entre 40 y 59 años con educación primaria incompleta. No hubo asociación estadísticamente significativa entre la puntuación SAHLPA-18 y las variables grupo de edad, escolaridad, estado funcional, otras enfermedades crónicas y tiempo transcurrido desde el diagnóstico de lepra. Sin embargo, los resultados revelan un bajo nivel de comprensión y dificultades relacionadas principalmente con la interpretación. Existe una prevalencia de pacientes con alfabetización funcional, principalmente hombres y con baja escolaridad, no sólo relacionada a la lepra, sino a la salud en general, lo que impacta en el proceso salud-enfermedad y en el autocuidado.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa que, embora tenha cura, tem um alto poder incapacitante devido à possibilidade de ocorrência de reações hansênicas, úlceras, amputações e até mesmo o óbito, caso não haja um cuidado continuado e efetivo das pessoas afetadas durante e depois de finalizado o tratamento. No que tange a hanseníase, o conhecimento sobre a doença desempenha um papel muito importante na compreensão do agravo e no comportamento em relação ao cuidado necessário. No entanto, fatores sociais estão intimamente ligados ao letramento em saúde, como *status* socioeconômico baixo e pouca escolaridade¹.

O Letramento em Saúde (LS) é definido como o nível de capacidade que cada pessoa tem de compreender informações, tomar decisões e realizar ações para a saúde de si e de terceiros. Para isso as informações precisam se adequar ao público a fim de que estes consigam compreender o que foi transmitido, haja vista que o LS possui relação direta com a promoção da saúde e a prevenção de danos, sendo essencial em todos os níveis de

atenção para que o paciente consiga realizar o seu cuidado da forma adequada^{2,3,4}.

O LS apresenta-se como um importante fator para a qualidade de vida da pessoa acometida pela hanseníase, tendo em vista que um letramento adequado permite que o paciente utilize seus conhecimentos de modo a atuar efetivamente em seu autocuidado, promovendo o bem-estar físico e mental, devido à compreensão da doença, da importância de adesão ao tratamento e da prevenção de incapacidades, tornando o usuário protagonista do seu próprio cuidado^{5, 6}.

Entretanto, o LS ainda é um tema pouco discutido, especialmente quando se trata de grupos específicos, como as pessoas acometidas pela hanseníase. Portanto, teve-se como questão norteadora a seguinte pergunta: qual o nível de letramento em saúde das pessoas acometidas pela hanseníase? Para responder à questão norteadora o presente estudo teve como objetivo de analisar o nível de letramento em saúde e sua associação com fatores sociodemográficos de adultos com hanseníase em um serviço de referência secundária em Teresina-PI.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com adultos entre 18 e 70 anos, usuários de um serviço de referência secundária no tratamento de hanseníase em Teresina-PI. Tal estudo faz parte de um projeto macro, intitulado “Padrão de morbimortalidade por hanseníase durante e após o tratamento com poliquimioterapia”. Para determinar a população de estudo foi realizado um levantamento da média mensal na instituição por meio da checagem de prontuários de atendimento, a qual conferiu-se um total de 320 pessoas atendidas no mês. A amostragem foi constituída por meio do método aleatório simples e utilizou-se o aplicativo *StatCalc* do *EpiInfo* para realizar o cálculo a partir da população, onde obteve-se o valor de 175 pessoas. O intervalo de confiança (IC) adotado foi de 95% e erro amostral de 5%.

Para a participação do estudo utilizou-se como critérios de inclusão: ser usuário do Centro Maria Imaculada, de qualquer município da região; ter idade entre 18 e 70 anos; saber ler e escrever; ter capacidade cognitiva para responder as questões e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: não responder no mínimo 80% das questões; manifestação de alterações neurológicas ou cognitivas que comprometessem a compreensão por parte do usuário e manifestação de comprometimentos relativos à expressão verbal que impossibilitassem a compreensão das respostas do usuário.

Foi utilizado um questionário sociodemográfico composto pelos eixos: identificação, moradia e estrutura familiar, escolaridade e trabalho. Os componentes pesquisados nos respectivos eixos temáticos foram: identificação (gênero), raça/etnia, idade, endereço e local de nascimento, moradia e estrutura familiar (condição da moradia quanto à propriedade, situação conjugal, escolaridade), anos de estudo formal, última série concluída com aprovação, curso em andamento - caso seja estudante, trabalho (situação funcional e atividade ocupacional que realiza).

Foi utilizado ainda a escala de letramento em saúde, a qual é um instrumento de avaliação do LS e da percepção do paciente sobre a própria participação no atendimento de saúde (*Set of Brief Screening Questions [SBSQ], Measure of functional, communicative, and critical health literacy, Patient's perceived participation measure*). Tal escala

estrutura-se nos eixos temáticos funcional e comunicativo, sendo que essa categorização teve como norteadores a classificação de letramento em saúde funcional, comunicativo e crítico, bem como instrumento de avaliação que utiliza essa classificação. Os eixos temáticos são os seguintes: funcional referente à percepção do participante sobre dificuldades na compreensão de informações e orientações de saúde escritas (ex: panfletos) ou faladas (ex: atendimentos de profissionais de saúde). Também foram incluídas questões sobre percepção de dificuldades para preencher formulários ou entendimento de sua própria condição de saúde. O comunicativo aborda a percepção do entrevistado sobre dificuldades de interagir com os profissionais dos serviços de saúde principalmente nas situações de tomada de iniciativas para o esclarecimento de dúvidas, agendamento de exames e consultas, além da percepção de dificuldades para ter acesso a informações sobre saúde de interesse do participante.

As respostas foram organizadas em escala *Linkert* de quatro pontos (sempre, frequentemente, às vezes e nunca), sendo que a resposta “sempre” representa uma percepção maior de dificuldade e a opção “nunca”, menor percepção de dificuldade. Exceto para a questão de número 5, em que a resposta “sempre” se refere à maior iniciativa para o esclarecimento de dúvidas, portanto, menor percepção de dificuldade quanto ao letramento, enquanto que a opção “nunca” representa o oposto.

Além disso, foi utilizado a escala *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults* (SAHLPA-18) que é um instrumento adaptado e validado para estimar o nível de alfabetismo em saúde de adultos. Essa escala avalia as habilidades de pronúncia e compreensão de 18 termos médicos comuns e sua aplicação é realizada com cartões impressos contendo o termo médico e duas palavras de associação. O participante avaliado lê em voz alta o termo médico (análise da pronúncia) e em seguida é solicitado a dizer qual das duas palavras de associação está mais relacionada com o termo (análise da compreensão).

Quanto à pontuação do SAHLPA-18, cada item correto recebe um ponto e o escore total é obtido pela soma dos itens, variando de 0 a 18. Os itens são considerados corretos apenas quando o paciente acerta a pronúncia e a associação. Um escore de 0 a 14 sugere alfabetismo em saúde inadequado e de 15 a 18 alfabetismo em saúde adequado. Entretanto, a escala SAHLPA-18 se restringe a análise da pronúncia

e compreensão de termos em saúde, sendo avaliando somente o letramento funcional em saúde.

Os dados foram analisados com a utilização do *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 21.0. Para a análise univariada foi usada estatística descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais. Na análise bivariada, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson para avaliar a associação entre as variáveis quantitativas explicativas e a variável resposta do estudo e a razão de chance bruta para associar as variáveis qualitativas explicativas⁷.

Este estudo seguiu as exigências das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos regidas pela resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que versa sobre pesquisas que envolvem seres humanos com o número de parecer: nº 4.688.115 e Certificado de Apreciação Ética (CAAE) nº 45182321.9.0000.5214, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. Em toda a execução do estudo foram garantidos o anonimato e confidencialidade das informações obtidas, sendo estas analisadas de forma agregada, impedindo a identificação dos participantes.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 175 usuários de um centro de referência secundária em tratamento para hanseníase em Teresina-PI. Na análise do total da amostra, identificou-se uma predominância de adolescentes do sexo masculino (60%), a maioria com idade entre 60 e 70 anos (29,7%), que residem em casa própria (89,7%) e que convivem com até cinco pessoas na mesma casa (83,1%). Quanto à situação conjugal (49,1%) eram casados.

Em relação à escolaridade e situação funcional (68%) pararam de estudar em alguma série do ensino fundamental e (49,7%) estavam desempregados. Em relação à presença de comorbidades crônicas, apontou-se (32%) sendo principalmente hipertensão e diabetes tabela 1.

O letramento funcional em saúde refere-se ao conhecimento e motivação dos pacientes em acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de modo a tomar decisões. Já o letramento comunicativo em saúde, por sua vez, refere-se à capacidade de transmitir informações com uma linguagem acessível de forma singular a cada público⁸.

Em relação aos resultados da aplicação da escala

de letramento em saúde, referente ao eixo de letramento funcional em saúde, apontam que (45,1%) dos entrevistados nunca sentiram dificuldades para ler ou entender panfletos e (27,4%) frequentemente apresentam dificuldades. Em relação as dificuldades de ler, entender e preencher formulários de saúde (30,3%) apresentam dificuldades frequentes. Quanto às dificuldades com orientações faladas e escritas, houve prevalência da resposta “nunca” em (61%) e (85,7%), respectivamente. Acerca da compreensão da condição de saúde (39,4%) afirmou às vezes não compreender. Em relação à necessidade de auxílio para entender as orientações a serem seguidas (56,6%) afirmou precisar às vezes. Quanto à frequência em que o paciente sai da consulta com dúvida, (28,6%) afirmou às vezes sair com questionamentos tabela 2.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de pacientes com hanseníase em centro de referência para tratamento de hanseníase no estado do Piauí (n = 175). Teresina, Piauí, 2023.

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	70	40
Masculino	105	60
Faixa etária		
15-29	14	8
30-39	22	12,5
40-49	47	26,9
50-59	40	22,9
60-70	52	29,7
Moradia		
Casa própria	157	89,7
Casa alugada	12	6,9
Outros	6	3,4
Arranjo familiar		
1 a 5 pessoas	142	83,1
6 a 10 pessoas	29	15,8
>10 pessoas	4	1,1
Situação conjugal		
Solteiro	58	33,1
Casado	86	49,1
Separado	15	8,6
Viúvo	16	9,2
Escolaridade		
Ensino Fundamental	119	68
Ensino médio	47	26,9
Ensino superior	9	5,1

Situação funcional		
Empregado	17	9,7
Autônomo	25	14,3
Desempregado	87	49,7
Aposentado	43	24,6
Estudante	2	1,1
Outros	1	0,6
Outras doenças crônicas		
Sim	56	32
Não	119	68

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Tabela 2 – Eixo de letramento funcional em saúde da Escala de Letramento em Saúde aplicada em centro de referência para tratamento de hanseníase no estado do Piauí (n = 175). Teresina, Piauí, 2023.

Variáveis	N	%
Dificuldade para ler/entender panfletos de saúde		
Sempre	2	1,2
Frequentemente	48	27,4
Às vezes	46	26,3
Nunca	79	45,1
Dificuldades para entender/preencher formulários de saúde		
Sempre	1	0,6
Frequentemente	53	30,3
Às vezes	51	29,1
Nunca	70	40
Dificuldades para entender orientações médicas escritas		
Sempre	0	0
Frequentemente	35	20
Às vezes	33	19
Nunca	107	61
Dificuldades para entender orientações faladas por profissionais de saúde		
Sempre	0	0
Frequentemente	2	1,1
Às vezes	23	13,2
Nunca	150	85,7
Dificuldade de entender sua condição de saúde		
Sempre	0	0
Frequentemente	13	7,4
Às vezes	69	39,4
Nunca	93	53,2

Necessidade de auxílio para entender orientações de saúde		
Sempre	2	1,1
Frequentemente	33	18,9
Às vezes	99	56,6
Nunca	41	23,4
Frequência em que sai da consulta com dúvidas		
Sempre	6	3,4
Frequentemente	11	6,3
Às vezes	50	28,6
Nunca	108	61,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Na tabela 3 são apresentados os resultados relacionados ao letramento comunicativo em saúde quanto ao esclarecimento de dúvidas com outros profissionais e (61,1%) afirmou nunca precisar, enquanto (33,7%) afirmou buscar às vezes. Quanto à dificuldade de marcar exames por não compreender a orientação, (84%) afirmou nunca precisar. Quanto à dificuldade para encontrar informações que auxiliarão no cuidado à saúde, (62,9%) afirmou nunca ter dificuldades.

Tabela 3 – Eixo de letramento comunicativo em saúde da Escala de Letramento em Saúde aplicada em um centro de referência para tratamento de hanseníase (n = 175). Teresina, Piauí, 2023.

Variáveis	N	%
Busca por esclarecimento de dúvidas com outro profissional		
Sempre	3	1,7
Frequentemente	6	3,5
Às vezes	59	33,7
Nunca	107	61,1
Dificuldade para marcar exames/consultas por não entender		
Sempre	0	0
Frequentemente	1	0,6
Às vezes	27	15,4
Nunca	147	84
Dificuldade para encontrar informações que auxiliarão no cuidado		
Sempre	2	1,1
Frequentemente	15	8,6
Às vezes	48	27,4
Nunca	110	62,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Os resultados da aplicação da escala SAHLPA-18 apontam que (89,1%) dos participantes entrevistados possuem letramento em saúde inadequado, na qual se observou mais erros na leitura e compreensão do significado dos termos: colite (com apenas 10,3% de acerto), icterícia (apenas 7,4% de acerto) e incesto (apenas 19,4% de acerto) na tabela 4.

Tabela 4 – Aplicação da escala SAHLPA-18 em um centro de referência para tratamento de hanseníase (n = 175), Teresina, Piauí, 2023.

Variáveis											
Osteoporose			Papanicolau			Aborto			Hemorroida		
	N	%		N	%		N	%		N	%
Osso	146	83,4	Teste	67	38,3	Matrimônio	8	4,6	Veias	104	59,4
Músculo	11	6,3	Vacina	5	2,9	Perda	147	84	Coração	5	2,9
Não sei	18	10,3	Não sei	103	58,9	Não sei	20	11,4	Não sei	66	37,7
Anormal			Menstrual			Comportamento			Convulsão		
Mensal	132	75,4	Mensal	132	75,4	Pensamento	65	37,1	Tonto	126	72
Diário	18	10,3	Diário	18	10,3	Conduta	94	53,7	Tranquilo	16	9,1
Não sei	25	14,3	Não sei	25	14,3	Não sei	16	9,1	Não sei	33	18,9
Retal			Apêndice			Artrite			Cafeína		
Regador	16	9,1	Coceira	10	5,7	Estômago	79	45,4	Energia	86	49,1
Supositório	70	40	Dor	142	81,1	Articulação	72	41,4	Água	56	32
Não sei	89	50,9	Não sei	23	13,1	Não sei	23	13,2	Não sei	33	18,9
Colite			Vesícula biliar			Icterícia			Próstata		
Intestino	18	10,3	Artéria	15	8,6	Amarelo	13	7,4	Circulação	29	16,6
Bexiga	9	5,1	Órgão	85	48,9	Branco	5	2,9	Glândula	110	62,9
Não sei	148	84,6	Não sei	74	42,5	Não sei	157	89,7	Não sei	36	20,6
Incesto			Testículo			LETRAMENTO EM SAÚDE					
Família	34	19,4	Óvulo	68	38,9	Inadequado	156	89,1			
Vizinho	7	4	Esperma	66	37,7	Adequado	19	10,9			
Não sei	134	76,6	Não sei	41	23,4						

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Em relação à associação da relação entre o resultado da escala SAHLPA-18 com as variáveis: faixa etária, escolaridade, situação funcional, presença de outras doenças crônicas e o tempo de diagnóstico da hanseníase. Observou-se que não houve associação com significância estatística na tabela 5.

Tabela 5 – Associação entre os resultados da Escala de Letramento em Saúde e as variáveis faixa etária, escolaridade, situação funcional, presença de outras doenças crônicas e tempo de diagnóstico da hanseníase. Teresina, Piauí, 2023.

Variáveis	Classificação SAHLPA-18				Total	Qui-quadrado	p-valor
	Adequado	%	Inadequado	%			
Faixa etária							
15 a 39	5	2,8	31	17,7	36	0,615	0,735
40 a 59	7	4,0	80	47,7	87		
60 a 70	7	4,0	45	25,7	52		
Total	19	10,8	156	91,1	175		

Escolaridade							
Ens. Fundamental	14	8,0	105	60	119	1,27	0,531
Ens. Médio	5	2,8	42	24	47		
Ens. Superior	0	0	9	5,1	9		
<i>Total</i>	<i>19</i>	<i>10,8</i>	<i>156</i>	<i>89,2</i>	<i>175</i>		
Presença de doença crônica							
Sim	15	12,6	104	87,4	119	1,17	0,279
Não	4	7,1	52	92,9	56		
<i>Total</i>	<i>19</i>	<i>10,9</i>	<i>156</i>	<i>89,1</i>	<i>175</i>		
Tempo de diagnóstico da hanseníase							
<1 ano	4	2,2	11	6,2	15	6,78	0,237
1 a 5 anos	8	4,5	94	53,7	102		
6 a 10 anos	4	2,2	25	14,3	29		
11 a 20 anos	3	1,7	16	9,1	19		
21 a 30 anos	0	0,0	5	100,0	5		
> 30 anos	0	0,0	5	100,0	5		
<i>Total</i>	<i>19</i>	<i>10,9</i>	<i>156</i>	<i>89,1</i>	<i>175</i>	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

DISCUSSÃO

Em relação à caracterização epidemiológica da hanseníase, a literatura evidencia que há maior prevalência da doença em indivíduos do sexo masculino, tendo em vista que essa população apresenta menor procura aos serviços de saúde, especialmente devido ao horário de funcionamento das unidades básicas, o que repercute em uma procura tardia quando o agravo já está instalado. Além disso, há uma forte cultura de que o homem por ser o provedor de grande parte das famílias não pode adoecer por ser sinônimo de “fraqueza” postergando assim sua ida ao serviço de saúde^{9, 10}.

Quanto o nível de escolaridade, os achados corroboram com a literatura a qual se apresenta inversamente proporcional ao número de casos da doença uma vez que quanto menor o grau de escolaridade maior o número de casos. Evidencia-se ainda que a alfabetização possua relação direta com os casos bem como a progressão da hanseníase, tendo em vista que se o paciente não compreende como deve prosseguir seu cuidado (medicamentoso ou de autocuidado) pode não haver uma evolução efetiva. Os estudos elucidam ainda que a escolaridade representa um dos fatores que alavancam as dificuldades socioeconômicas e favorece a perpetuação da hanseníase como problema de saúde pública^{10, 11}.

Os dados quanto à escolaridade encontrada

no presente estudo corroboram com os dados epidemiológicos nacionais referentes à proporção de casos recentes de hanseníase segundo escolaridade. Do total de casos novos do último ano, 47,6% tinham o ensino fundamental incompleto ou completo, 19,3% o ensino médio incompleto e completo, 8,7% eram analfabetos e 5,0% tinham ensino superior. Quando analisada a escolaridade por regiões, observou-se que a proporção de casos recentes com ensino fundamental incompleto é constante em todas as regiões do Brasil¹².

A prevalência de indivíduos sem preparo escolar é um fator que também está associado a um aumento do risco à saúde sendo um indicador de condições precárias de moradia, higiene, alimentação e acesso aos serviços de saúde que impactam na manutenção da cadeia de transmissão da doença, dificultando ainda no entendimento, tratamento e prática do autocuidado¹⁰.

Em relação à faixa etária, os estudos evidenciam que a hanseníase atinge principalmente pessoas em idade economicamente ativa, entretanto, o presente estudo evidenciou prevalência na faixa etária de 60 a 70 anos. Sendo a mesma faixa etária também encontrada em um estudo realizado em uma referência secundária no estado de São Paulo, podendo ser explicado pelo perfil do público que frequenta o centro de referência analisado. É válido elucidar que a hanseníase também afeta de forma significativa menores de 15 anos parcela da

população não incluída na amostra^{10, 13}.

Houve prevalência de uma a cinco pessoas por domicílio. No entanto, os estudos apontam uma prevalência de mais de cinco dado que reforça a importância de ao se diagnosticar a hanseníase avaliar também os comunicantes pelo risco que os mesmos têm de adquirir a doença, uma vez que representam um importante elo da cadeia epidemiológica. É válido ressaltar ainda que condições escassas de moradia aliado à superlotação e baixa escolaridade são fatores potenciais para a manutenção da doença especialmente em áreas endêmicas, o que reforça a necessidade de que todas as pessoas precisem de um conhecimento adequado em saúde, a fim de mitigar consequências como o diagnóstico tardio e sequelas^{14, 15, 16, 17}.

A equipe interdisciplinar, em especial o enfermeiro, devido sua maior proximidade com o paciente com hanseníase, possui suma importância na educação em saúde, tendo em vista que possibilita o aprimoramento do conhecimento não só da doença, como de aspectos relacionados à saúde em geral não apenas do paciente, como também dos familiares. Os agentes comunitários de saúde também são importantes atores nesse processo, uma vez que representam o elo de comunicação com a comunidade, estimulando-os a participarem das atividades de educação em saúde propostas pela atenção primária^{5, 18, 19}.

Os dados apontam ainda prevalência de pessoas desempregadas, tendo em vista que muitos pacientes são impedidos de trabalhar e realizar tarefas diárias, seja pelas incapacidades, dores ou mesmo pelo estigma de modo a alterar a harmonia da vida e aumentar os riscos de gerar impactos psicológicos e alterações no estilo de vida. Nessa perspectiva, na hanseníase esta exclusão se manifesta em várias dimensões da vida social, de modo a impactar de forma significativa na vida do indivíduo acometido e das pessoas próximas^{5, 20}.

Além disso, (32%) das pessoas entrevistadas possuem outras doenças crônicas, como diabetes e hipertensão arterial. Entretanto, o comportamento da hanseníase, quando relacionada a outras comorbidades crônicas coexistentes, ainda é pouco conhecido, sendo necessários estudos que investiguem o potencial incapacitante associado a essas doenças. Ademais, é válido ressaltar que a idade mais avançada é um fator de risco para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, o que pode explicar sua prevalência nos participantes

do presente estudo, visto que a maior parte dos entrevistados se encontra na faixa etária dos 60 a 70 anos^{10, 21}.

No Brasil, apesar dos avanços quanto à universalização da educação básica, as taxas de escolaridade e de letramento funcional permanecem baixas em algumas áreas e em subgrupos da população brasileira. Nesse sentido, os resultados obtidos nesta pesquisa em relação ao conhecimento dos usuários revelam um baixo nível de analfabetismo em saúde, evidenciando que existem lacunas de conhecimento acerca do letramento em saúde. Doravante, elucidase que devido aos diferentes perfis de pacientes afetados pela doença (diferentes faixas etárias, níveis de escolaridade e realidades), a linguagem a ser utilizada deve ser singular para cada indivíduo e para cada contexto^{20, 1}.

Nessa perspectiva, o fato de as pessoas não compreenderem de forma efetiva sobre sua saúde e qualidade de vida pode comprometer a prática do autocuidado, como na realização de atividades que vão prevenir sequelas, o que reforça a necessidade de estratégias educativas de saúde para esse público. Um estudo realizado sobre a avaliação do conhecimento de usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Belém (PA) acerca do autocuidado também revelou que existem lacunas de conhecimento sobre saúde, assim como no presente estudo, o que demonstra que se trata de um problema também recorrente em outras regiões^{22, 17}.

O conhecimento pode gerar mudanças comportamentais que agregam no processo saúde-doença. Nesse sentido, além de orientações quanto à terapêutica medicamentosa os profissionais devem orientar quanto a medidas de prevenção e tratamento de incapacidades, o que é facilitado através de uma geração prévia de um vínculo que permita que o paciente se sinta confortável para sanar suas dúvidas sem receio de julgamento pelo profissional. Conhecer o contexto a qual esse indivíduo está inserido também promove a realização de um cuidado mais singular através de uma linguagem individualizada, a fim de que este compreenda de forma efetiva a mensagem a qual o profissional de saúde deseja passar^{2, 17}.

Um estudo realizado em uma UBS de Sobral (CE) sobre os conhecimentos de pessoas com hanseníase apontou que os pacientes não compreendem as informações fornecidas pelos profissionais de saúde devido à linguagem técnica utilizada, o que resulta no impasse para o processo de cuidado. O mesmo

estudo apontou ainda que os sujeitos possuíam algum conhecimento sobre a doença e fatores relacionados à saúde, entretanto, mesmo enquanto existia a necessidade de ampliar o conhecimento sendo de suma importância à utilização de uma linguagem clara e adequada ao perfil do cliente, reconhecendo os saberes existentes para que as informações complementem o conhecimento prévio e sejam devidamente absorvidas²³.

Outro estudo, realizado em Minas Gerais, com pacientes portadores de doenças crônicas, apontou que (66,7%) dos pacientes que tinham baixa escolaridade apresentaram letramento em saúde inadequado, interferindo na tomada de decisão em relação ao autocuidado. Nessa perspectiva, o uso de termos técnicos tem representado uma grande barreira na comunicação entre profissionais e usuários podendo comprometer o entendimento de informações. Dessa forma, ressalta-se que a adesão à realização das técnicas de autocuidado depende não só das informações recebidas como também da compreensão dessas informações, pois é através disso que o indivíduo colocará em prática as orientações recebidas, sendo elas escritas ou faladas^{24, 4}.

Sendo assim, avaliar os níveis de alfabetismo em saúde e apresenta-los à sociedade pode fazer com que o poder público entenda as dificuldades dos pacientes e familiares em compreender e aderir ao tratamento e assim promover novos programas educacionais que sejam de fácil aceitação e entendimento. Nesse sentido, a educação em saúde representa a principal estratégia para amenizar as dificuldades relacionadas à compreensão dos pacientes com alfabetismo em saúde inadequado, tendo em vista que o conhecimento facilita o controle deste agravo que dispõe de tratamento e cura fornecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Como limitações deste estudo, apresenta-se o fato de o mesmo ter ocorrido apenas em um único centro de atendimento de referência secundária para pessoas em tratamento de hanseníase, pode não mostrar a realidade nacional, apesar dos resultados convergirem com diversos outros estudos, conforme apresentado, aliado ao fato de que a escala SAHLPA-18 avalia apenas o letramento funcional. Posto isso, em relação às futuras investigações, recomenda-se que sejam utilizadas amostras maiores e em mais unidades básicas, de modo a explorar a temática e contemplar outros aspectos não abordados neste estudo.

Embora os dados sejam limitados para inferências

gerais, este trabalho apresenta resultados que poderá ser utilizado por gestores locais, profissionais de saúde e representantes da população para o incentivo de ações de intervenção no sentido de contribuir para a compreensão da necessidade da utilização de uma linguagem singularizada, sendo levado em conta as especificidades de cada indivíduo, bem como o estímulo à promoção de uma educação em saúde mais efetiva.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que há prevalência de pacientes com letramento funcional em saúde inadequado. Além disso, apontou que pacientes do sexo masculino e com baixo nível de escolaridade são os mais afetados pela doença. Destaca-se ainda a presença de lacunas de conhecimento não apenas relacionada à hanseníase e o autocuidado como na saúde em geral. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de estratégias educativas de saúde, com foco nas necessidades apresentadas através da criação de grupos de apoio bem como a promoção de educação em saúde, por exemplo, tendo em vista sua eficácia comprovada em outros estudos.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Lara Beatriz de Sousa Araújo contribuiu no delineamento e na realização da pesquisa; na coleta, análise e interpretação dos dados; na redação do artigo e na aprovação final da versão a ser publicada. **Raimundo Leoberto Torres de Sousa** contribuiu na análise, interpretação dos dados e na aprovação final da versão a ser publicada. **Julieta Lopes Fernandes** contribuiu na revisão crítica do artigo e na aprovação final da versão a ser publicada. **Olívia Dias de Araújo** contribuiu no delineamento do trabalho, na interpretação dos dados, na revisão crítica e na aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Lopes FM, Lustosa Júnior JP. Factors associated with leprosy knowledge: Fatores associados ao conhecimento sobre a hanseníase. Concilium [Internet]. 2023 Oct 12 [cited 2024 Jan 8];23(19):547-66. Disponível em: <https://clium.org/index.php/edicoes/article/view/2083>
2. Soares AKF, Sá CHC, Lima RS, Barros MS, Coriolano-Marinus MWL. Comunicação em saúde nas vivências de discentes e docentes de Enfermagem:

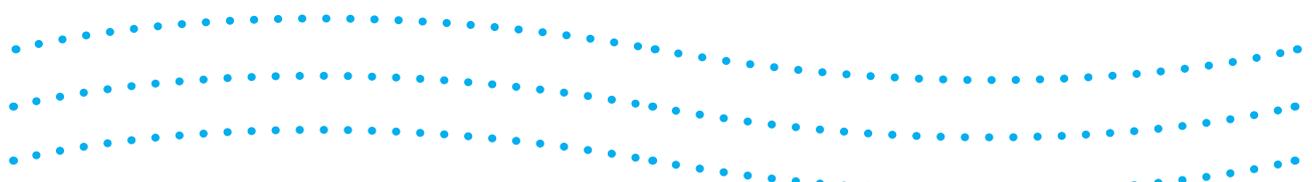
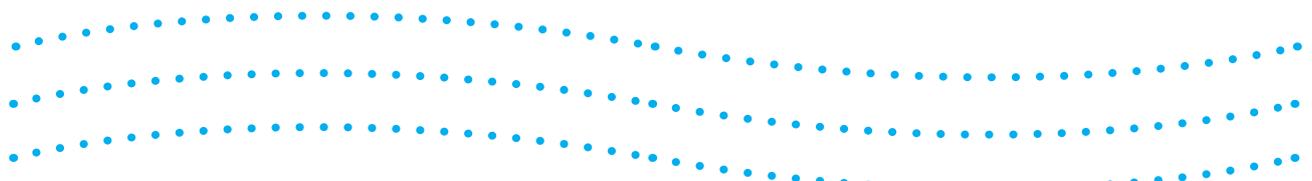
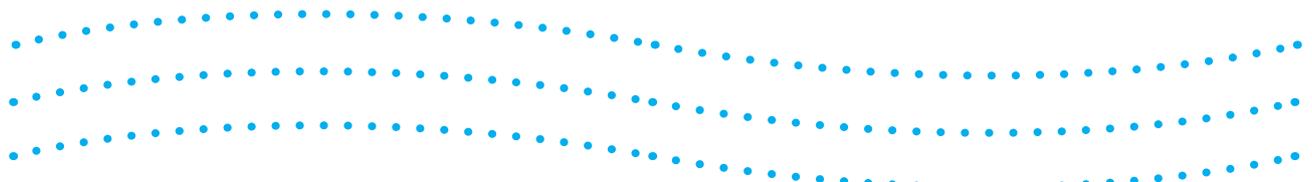
- contribuições para o letramento em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022 May;27(5):1753–62.
3. Ribas KH, Araújo AHIM. A importância do Letramento em Saúde na Atenção Primária: revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*. 2021 Dec 17;10(16):e493101624063.
 4. Silva APD, Araújo JD, Soares KPS, Cavalcanti E de O. Letramento em saúde: influência na Atenção Primária em Saúde. *Revista Foco*. 2023 Feb 17;16(02):e1089.
 5. Barcelos RMFM, Sousa GS de, Almeida MV de, Palacio FGL, Gaíva MAM, Ferreira SMB. Leprosy patients quality of life: a scoping review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2021;55.
 6. Lustosa SB, Lima RIM, Damasceno OC, Maués LAL, Teixeira FB. Letramento funcional em saúde: experiência dos estudantes e percepção dos usuários da atenção primária. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2021;45(4).
 7. Armitage P, Berry G, Matthews JNS. *Statistical Methods in Medical Research*. 4. ed. Blackwell Scientific Publications, Oxford; 2002.
 8. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health Literacy and Public health: a Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 Jan 25;12(1):1-13. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>
 9. Veras GCB, Soares MJGO, Silva LH, Moraes RM. Perfil epidemiológico e distribuição espacial dos casos de hanseníase na Paraíba. *Cadernos Saúde Coletiva* [Internet]. 2023 Jun 30 [cited 2023 Nov 13];31:e31020488. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/txpHMF37JqDZRYFQfhFFsjn/>
 10. Chagas LBMO; Oliveira NG; Baptista IDFS; Souza VNB. Perfil sociodemográfico, clínico e geoespacial de casos novos de hanseníase diagnosticados no Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, São Paulo, entre 2015 e 2019. *Hansen Int.* [Internet]. 2021; 46:1-22. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/hansenologia/article/view/37428/36712>
 11. Lages DS, Kerr BM, Bueno IC, Niitsuma ENA, Lana FCF. A baixa escolaridade está associada ao aumento de incapacidades físicas no diagnóstico de hanseníase no Vale do Jequitinhonha. *HU Revista*. 2018;44(3).
 12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim epidemiológico: hanseníase 2024. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
 13. Santana LC, Rezende FB, Giovelli AA, Pedreira MS, Martins-Melo FR, Monteiro LD. Hanseníase em menores de 15 anos em área hiperendêmica da Região Norte do Brasil. *Hansen Int.* [Internet]. 2018;43:e-2364.
 14. Boigny RN, Souza EA de, Romanholo HSB, Araújo OD de, Araújo TME de, Carneiro MAG, et al. Persistence of leprosy in household social networks: overlapping cases and vulnerability in endemic regions in Brazil. *Cadernos De Saúde Publica* [Internet]. 2019 Feb 18;35(2):e00105318. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30785488/>
 15. Reis AS, Souza EA, Ferreira AF, Silva GV, Macedo SF, Araújo OD, et al. Sobreposição de casos novos de hanseníase em redes de convívio domiciliar em dois municípios do Norte e Nordeste do Brasil, 2001-2014. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2019 Oct 7 [cited 2022 Jun 12];35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9F7qdvjW9g8n5YFM6cjKS8y/?lang=pt>
 16. Leano HAML, Araújo KMFA, Bueno IC, Niitsuma ENA, Lana FCF. Fatores socioeconômicos relacionados à hanseníase: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2019;72(5):1474-85.
 17. Ferreira JVS, Sagica TDP, Silva RPDFP da, Lima JSR, Cunha MHCM da, Ramos AMPC. Impacto da ação educativa nos comunicantes de hanseníase em uma unidade municipal de saúde. *REFACS*. 2021 Mar 9;9:242.
 18. Correia JC, Golay A, Lachat S, Singh SB, Manandhar V, Jha N, et al. "If you will counsel properly with love, they will listen": A qualitative analysis of leprosy affected patients' educational needs and caregiver perceptions in Nepal. *Castro-Sánchez E, editor. PLOS ONE*. 2019 Feb 6;14(2):e0210955. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0210955>
 19. Dharmawan Y, Fuady A, Korfage I, Richardus JH. Individual and community factors determining delayed leprosy case detection: A systematic review. *Ramos AN, editor. PLOS Neglected Tropical Diseases*. 2021 Aug 12;15(8):e0009651. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0009651>
 20. Silva MSM, Griep R, Sandri JC. Hanseníase e educação: uma análise dos determinantes sociais da saúde no município de Cascavel-PR. *Research, Society and Development* [Internet]. 2022 Nov 7 [cited 2023 Mar 23];11(14):e225111435704–e225111435704. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/35704>
 21. Araújo EJB, Araújo OD de, Araújo TME de, Almeida PD, Sena IV de O, Neri É de AR. Pós-Alta de Hanseníase: Prevalência de Incapacidades

Físicas e Sobreposição de Doenças. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2018 Jan 17 [cited 2024 Feb 27];23(4). Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4836/483660655021/html/>

22.Ferreira L da S, Dias GA da S, Silva TBV da. Autocuidado em hanseníase na Atenção Primária a Saúde: avaliação do conhecimento de usuários de uma Unidade Básica de Saúde autocuidado em hanseníase na APS. CPAQV. 2020;12(3):1-10.

23.Nunes JM, Oliveira EN, Vieira NFC. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(suppl 1):1311-8.

24.Chehuen Neto JA, Costa LA, Estevanin GM, Bignoto TC, Vieira CIR, Pinto FAR, et al. Functional Health Literacy in chronic cardiovascular patients. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 31];24:1121-32. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n3/1121-1132/en/>



EPIDEMIOLOGIA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA DURANTE O TRATAMENTO NEOPLÁSICO NO INTERIOR DO CEARÁ

EPIDEMIOLOGY OF WOMEN WITH BREAST CANCER DURING NEOPLASTIC TREATMENT IN CEARÁ
EPIDEMIOLOGÍA DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DURANTE EL TRATAMIENTO NEOPLASICO EN EL INTERIOR DE CEARÁ

Guarany Montalverne de Arruda ¹

Lailton Oliveira da Silva ²

Louhanna Pinheiro Rodrigues Teixeira ³

Anderson Weiny Barbalho Silva ⁴

José Jackson do Nascimento Costa ⁵

José Juvenal Linhares ⁶

Como Citar:

Arruda GM, Silva LO, Teixeira LPR, Silva AWB, Costa JJN, Linhares JJ. *Epidemiologia de Mulheres com Câncer de Mama Durante Tratamento Neoplásico no Interior do Ceará*. Sanare. 2024;23(1).

Descritores:

Câncer de mama; Neoadjuvância; Registro Hospitalar.

Descriptors:

Breast cancer; Neoadjuvant; Hospital Registry.

Descriptores:

Câncer de mama; Neoadjuvancia; Registro hospitalario.

Submetido:

28/08/2023

Aprovado:

03/01/2024

Autor(a) para Correspondência:

Lailton Oliveira da Silva
E-mail: lailtonutri@hotmail.com

RESUMO

O câncer de mama (CM) foi reconhecido como o tipo de câncer mais comum em mulheres. A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando no mundo, em parte pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional, como também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente aos associados com fatores genéticos. Descrever e caracterizar o perfil epidemiológico de pacientes com câncer de mama submetidas ao tratamento quimioterápico neoadjuvante no interior do Ceará. Foi realizado estudo observacional do tipo transversal com 40 pacientes do sexo feminino, que usaram os quimioterápicos de forma neoadjuvante. 50% das pacientes tinham 50 anos ou mais, não tinham histórico familiar de câncer, não eram tabagistas, tiveram sua menarca em 59% dos casos após os 12 anos (n=23). A raça mais prevalente foi a parda, presente em 87% (n= 34) e a idade do primeiro parto foi menor que 20 anos em 66,5% (n= 24). Sobre o estadiamento do câncer, a grande maioria estavam no estágio III 62,5% (n=24), referente à tumoração, foi evidenciado que a maioria dos tumores (53%) apresentava diâmetros menores que 5cm. Ressalta-se a necessidade de estratégias públicas em parceria com a iniciativa privada para aumentar o alcance do diagnóstico precoce do CM, com a finalidade de evitar desfechos clínicos negativos e possibilitar uma melhor qualidade de vida das pacientes.

1.Médico. Mestre em Ciências da Saúde, no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS-UFC). Sobral, Ceará – Brasil. E-mail:guaranyarruda@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6122-6618>

2.Nutricionista. Doutorando em Ciências da Nutrição, no programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição e do Esporte e Metabolismo (PPG-CNEM/UNICAMP). Limeira, São Paulo – Brasil. E-mail:lailtonutri@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5890-9063>

3.Doutora em Biotecnologia. Professora e Pesquisadora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza, Ceará – Brasil. E-mail:louhannateixeira@unifor.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9273-4084>

4.Biólogo. Doutor em Biotecnologia (RENORBIO-UFC). Professor Permanente no Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia da UFC campus Sobral. Sobral, Ceará – Brasil. E-mail:andersonweiny@sobral.ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4105-426X>

5.Biólogo. Doutor em Biotecnologia (RENORBIO-UFC). Professor Permanente no Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia da UFC campus Sobral. Sobral, Ceará – Brasil. E-mail:jackson.costa@uninta.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3578-5664>

6.Médico. Doutor em Ciências Médicas e Biológicas (UNIFESP). Professor Permanente no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFC campus Sobral. Sobral, Ceará – Brasil. E-mail:juvenallinhares@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1356-4182>

Cert. de Redação Científica: Yanna Vasconcelos. Revisão de texto: Yanna Vasconcelos. Revisão de provas: Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

ABSTRACT

Breast cancer (BC) has been recognized as the most common type of cancer in women. Cancer incidence and mortality have been increasing worldwide, partly due to population aging and growth, as well as to changes in the distribution and prevalence of cancer risk factors, especially those linked to genetic factors. To describe and characterize the epidemiological profile of patients with breast cancer undergoing neoadjuvant chemotherapy treatment in the backlands of Ceará. A cross-sectional observational study was carried out with 40 female patients, who received neoadjuvant chemotherapy. Of these patients, 50% were 50 years of age or more, had no family history of cancer, were not smokers, and, in 59% of cases, had their menarche after the age of 12 ($n = 23$). The most prevalent race was brown, answering for 87% ($n = 34$) of the population, and the age at first birth was less than 20 years in 66.5% ($n = 24$). Regarding cancer staging, the vast majority were in stage III, 62.5% ($n = 24$); and, as regards to the tumor, it was evident that most tumors (53%) had diameters below 5 cm. We highlight the need for public strategies in partnership with the private sector to increase the scope of early diagnosis of BC, aiming to avoid negative clinical outcomes and to enable a better quality of life for patients.

RESUMEN

El cáncer de mama (CM) ha sido reconocido como el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres. La incidencia y la mortalidad por cáncer han aumentado en todo el mundo, en parte debido al envejecimiento y al crecimiento de la población, pero también debido a los cambios en la distribución y prevalencia de los factores de riesgo de cáncer, especialmente los asociados a factores genéticos. Describir y caracterizar el perfil epidemiológico de pacientes con cáncer de mama sometidas a tratamiento de quimioterapia neoadyuvante en el interior de Ceará. Se realizó un estudio observacional transversal con 40 pacientes del sexo femenino sometidas a quimioterapia neoadyuvante. 50% de las pacientes tenían 50 años o más, no tenían historia familiar de cáncer, no eran fumadoras y tuvieron su menarca en 59% de los casos después de los 12 años ($n=23$). La raza más prevalente era la morena, presente en el 87% ($n= 34$) y la edad del primer parto era inferior a 20 años en el 66,5% ($n= 24$). En cuanto a la estadificación del cáncer, la gran mayoría se encontraba en estadio III, 62,5% ($n= 24$), y en cuanto a los tumores, se evidenció que la mayoría de los tumores (53%) eran menores de 5cm de diámetro. Son necesarias estrategias públicas en colaboración con el sector privado para aumentar el alcance del diagnóstico precoz del CM, con el objetivo de evitar resultados clínicos negativos y posibilitar a las pacientes una mejor calidad de vida.

INTRODUÇÃO

O câncer pode ser classificado como uma doença causada por uma desordem genética em células normais do organismo, por meio de alterações cumulativas no material genético, de modo a causar um desequilíbrio entre as taxas de crescimento e morte celular¹. Em mulheres, o câncer de mama (CM) foi reconhecido como o mais comum e a principal doença relacionada a malignidade em todo o mundo².

Sobretudo, o CM é um problema de saúde pública em todo o globo terrestre, sua incidência mundial é de aproximadamente 2,3 milhões de novos casos estimados em 2020. É a causa mais frequente de morte pela doença nessa população, com 684.996 óbitos estimados para esse ano (15,5% dos óbitos por câncer em mulheres)³. No Brasil, para o ano de 2023, foram estimados 73.610 casos novos, o que representa uma taxa ajustada de incidência de 41,89 casos por 100.000⁴.

A taxa de mortalidade por CM no Brasil é cerca de 14,23 óbitos/100.000. Assim, o CM é a primeira causa

de morte por câncer na população feminina em todas as regiões do Brasil (16,1% do total de óbitos)⁵. A região do Nordeste ocupa o terceiro maior percentual na mortalidade por CM com 15,6%⁵.

O tratamento atual do CM pode ser local por cirurgia e radioterapia, ou tratamento sistêmico, pela quimioterapia (QT) citotóxica, terapia hormonal e terapia biológica⁶. A QT pode ser efetuada com a administração de um ou mais agentes quimioterápicos. Logo, levando em conta a sua finalidade, ela pode ser classificada em: (A) Curativa; (B) Adjuvante; (C) Neoadjuvante; e (D) Paliativa⁶.

Um dos principais objetivos da terapia neoadjuvante é reduzir parcialmente o tumor, para posterior complementação com a cirurgia ou radioterapia^{7,8}. Este tratamento tem a vantagem de conservação mamária mais frequente⁸, e oferece a oportunidade de pesquisa translacional de preditores moleculares de resposta tumoral⁹.

Muitos aspectos sobre os fatores que cercam o câncer de mama permanecem obscuros e em investigação, como a obesidade e síndrome

metabólica^{7,9}. No que concerne o nordeste brasileiro, poucos estudos foram realizados no interior no Ceará para demonstrar as características clínicas de pacientes com CM.

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo investigar as características clínico epidemiológicas de pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico neoadjuvante no interior do Ceará em um hospital de referência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, realizado em mulheres com diagnóstico histopatológico de Câncer de Mama (CM), estágio clínico II ou III, sem tratamento prévio, submetidas à Quimioterapia Neoadjuvante (QTNA) acompanhadas no serviço de mastologia da Santa Casa de Sobral – Ceará.

O diagnóstico de carcinoma de mama foi realizado inicialmente através de exame clínico e radiológico (mamografia e/ou ultrassonografia), sendo posteriormente confirmado pelo estudo histopatológico da peça cirúrgica. O estadiamento utilizado foi o (TNM) da *American Joint Committee on Cancer* que utiliza três critérios para avaliar o estágio do câncer: o próprio tumor, os linfonodos regionais, e se ocorreu disseminação do tumor para outros órgãos. TNM é abreviatura de tumor (T), linfonodo (N) e metástase (M). Para cada classificação, existem subcategorias representadas por números. Para o T temos subcategorias de 1 a 4; N, 0 a 3 e M, 0 a 1. Estas combinações possibilitam a classificação do estágio do tumor¹⁰.

Os critérios de inclusão foram: mulheres com confirmação histopatológica de CM, com estágio clínico II ou III. Mulheres grávidas, mulheres com câncer de mama metastático e/ou bilateral foram excluídas do estudo.

Para a coleta dos dados demográficos e clínicos foi utilizado um formulário padronizado elaborado pelos próprios autores, os principais parâmetros avaliados no questionário foram compostos por: Resumo Clínico, com queixa principal, mamografia, estadiamento clínico, entre outros; Antecedentes Gineco-obstétricos, como menarca, menopausa, gestações, entre outros; Imuno-histoquímica; Terapêutica instituída previamente a coleta do material e Resposta terapêutica.

Os dados foram coletados de outubro a dezembro de 2022, mediante assinatura de termo de

consentimento pelas pacientes envolvidas no estudo, após liberação da Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição. O termo de consentimento foi elaborado em duas vias ficando uma com a participante da pesquisa e o outro com o pesquisador.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário INTA (UNINTA). Sobre o número do CAAE: 63058822.2.0000.8133. Todas as pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informadas dos riscos e benefícios do estudo.

RESULTADOS

Nesse estudo foram analisadas 40 pacientes portadoras de Câncer de Mama (CM) que foram submetidas à Quimioterapia Neoadjuvante (QTNA). Metade das pacientes analisadas tinham 50 anos ou mais, não tinham histórico familiar de câncer, não eram tabagistas, tiveram sua menarca em 59% dos casos após os 12 anos (n=23), menopausa após os 45 anos em 44,4% (n=16). A raça mais prevalente foi a parda, presente em 87% (n= 34) e a idade do primeiro parto foi menor que 20 anos em 66,5% (n= 24).

A grande maioria das pacientes apresentavam-se no estágio III 62,5% (n=24), sendo 46,8% (n=18) pacientes no estágio IIIA, e 15,7% (n=6) no estágio IIIB. No estágio IIA apresentavam-se 37,5% das pacientes (n=15), das quais 17,5% (n=7) no estágio IIA, e 20% (n=8) no estágio IIB. Em apenas uma amostra não foi possível identificar o estágio clínico do CM. Ainda, referente à tumoração, foi evidenciado que a maioria dos tumores (53%) apresentava diâmetros menores que 5cm.

Na tabela 2 também estão descritas as características referentes ao tumor, como tumores que apresentam linfonodos axilar positivo único, N1 em 51,3 (n=20). Em relação aos receptores hormonais, em torno de 75% das pacientes (n=30) apresentavam receptores hormonais positivos (RE ou RP), Her2 positivo em 21,1% (n=8) e ki-67 >14% em 29 casos (76,3%). A resposta a QTNA foi avaliada de acordo com o critério RECIST e classificada como parcial em 68,4% (26 casos) e completa em 31,6% (12 casos).

O critério RECIST consiste em medir a redução tumoral e determinar a progressão da doença de acordo com a resposta objetiva nos tratamentos oncológicos.

Tabela 1: Categoria das características clínico-epidemiológicas gerais.

Dados epidemiológicos*	N	%
Idade (53,5±11,85)		
Até 50	20	50,0
Mais de 50	20	50,0
Raça		
Branca	3	7,7
Negra	2	5,1
Parda	34	87,2
Histórico familiar		
Não	24	60,0
Sim	16	40,0
Tabagismo		
Não	25	62,5
Sim	15	37,5
Idade Menarca (12,8±1,35)		
Até 12	16	41,0
Mais de 12	23	59,0
Idade Menopausa (45,5±5,73)		
Até 45	20	55,6
Mais de 45	16	44,4
Idade primeiro parto (20,4±4,85)		
Até 20	24	66,7
21-30	10	27,8
Mais de 30	2	5,6
Dados referentes ao tumor		
T		
1	3	8,1
2	8	21,6
3	20	54,1
4	6	16,2
N		
0	11	28,2
1	20	51,3
2	8	20,5
Receptores hormonais		
Negativo	10	25,0
Positivo	30	75,0
HER2		
Negativo	30	78,9
Positivo	8	21,1
Ki67 (32,9±23,2)		
<15%	9	23,7
>15%	29	76,3
Máximo tamanho (5,3±2,66)		
Até 5 cm	17	53,1
Mais de 5 cm	15	46,9

Máximo tamanho pós QT (4,13±2,71)		
Até 5 cm	11	68,8
Mais de 5 cm	5	31,3
Resposta a QT neoadjuvante		
Parcial	25	67,6
Completa	12	32,4

* Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual ou média e desvio-padrão.

Fonte: Dados da Pesquisa.

DISCUSSÃO

A partir dos nossos resultados, observou-se que a maioria das pacientes com Câncer de Mama (CM) estavam com 50 anos ou mais, não apresentavam histórico familiar de câncer e não eram tabagistas.

Resultados semelhantes ao nossos foram relatados em outros estudos ao analisar o perfil epidemiológico do câncer de mama no Brasil e cerca de 27% (n=53.990) da amostra estavam com 50 a 59 anos¹¹. Outro estudo, realizado em Juiz de Fora – MG, também colabora com nossos achados, pois cerca de 56% (n=123), da amostra tinham ≥ 50 anos, e soma também a ideia que quase 83% (n=184) da amostra não tinha histórico familiar de câncer¹².

Isso colabora com o panorama geral do Brasil, onde o INCA aponta que a maior taxa de incidência acomete mulheres a partir dos 50 anos. Um estudo realizado no Ceará aponta que a maior faixa-etária de óbito por câncer de mama no estado é de 50-59 anos com cerca de 43,5% dos óbitos dos anos de 2005 a 2015, devido a falta do rastreamento pela mamografia e o diagnóstico tardio¹³.

Outro estudo realizado no Ceará, na cidade de Juazeiro do Norte, aponta que a faixa etária de 50 a 59 anos apresentava-se em segundo lugar com o número total de câncer (n=264), a faixa etária mais representativa em números de casos, foi de 40 a 49 anos com 360 casos¹⁴.

Já em comparação com outros países, um estudo realizado nos Estados Unidos, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer demonstrou que a maior faixa etária de pacientes diagnosticadas com CM de 1995 a 2019 foi de 60 a 69 anos com 29,54% (n=100.230) para carcinoma ductal *in situ* e invasivo, a segunda maior faixa-etária foi de 50 a 59 anos com 23,23% (n=78.810)¹⁵.

Sobre o histórico familiar de câncer a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) estabelece que mulheres diagnosticadas com CM de forma hereditária são apenas cerca de 5 a 10%. E os principais genes

que acometem o câncer hereditário são o BRCA1 e BRCA2, e que conseqüentemente não estão muito presentes na população brasileira¹⁶.

Somando a isso, a SBM descreve que a maior incidência por CM acomete mulheres com ≥ 50 anos devido a fatores hormonais, como a menopausa tardia, e a menarca antes dos 12 anos, proporcionando maiores níveis de estrogênio circulante. Em nossos achados, 59% dos casos tiveram sua menarca após os 12 anos ($n=23$), e 44,4% ($n=16$) das pacientes com menopausa após os 45 anos¹⁶.

O panorama mundial parece seguir as evidências aqui encontradas, pois apenas 6% (94) e 20,1% (215) das pacientes da amostra apresentavam menarca precoce e menopausa tardia, respectivamente¹⁷. Outro estudo de corte conduzido na China analisou 300.824 mulheres e seus riscos de CM. Após o diagnóstico de CM apenas 5,6% ($n=21.034$) das pacientes tiveram a menarca precoce (<12 anos)¹⁸.

Em nossos resultados é possível analisar que a grande maioria das pacientes estava no estágio III (60%), o que pode acarretar um pior prognóstico e qualidade de vida. Dados diferentes foram encontrados em outros estudos, por demonstrar que das 42 pacientes analisadas a maioria com 47% ($n=20$) estavam no estágio II, e que apenas 13 pacientes estavam no estágio III¹⁹.

Outro estudo aborda que as pacientes se encontravam nos estadiamentos mais precoces com T1 (43%), T2 (39%)¹², já em outra pesquisa apenas 19% dos casos estavam no estágio T3 ($n=38.352$) e T2 apresentava a maioria das pacientes com mais de 40 mil casos¹¹.

Sobre os subtipos moleculares encontrados no estudo e os receptores hormonais, cerca de 75% da amostra ($n=30$) apresentavam tumores com receptores hormonais positivos (progesterona e/ou estrogênio), em relação ao receptor her2, cerca de 78,9% ($n=30$) das pacientes não apresentaram expressão do receptor.

Outros achados colaboram com os nossos dados encontrados, pois um estudo realizado no Brasil demonstrou que ao avaliar os receptores hormonais, quase 85% ($n=27$) das pacientes apresentaram resultados positivos para receptores hormonais, mas em relação ao receptor her2 cerca de 62,5 ($n=20$) pacientes apresentaram *status* positivo²⁰. Outro estudo, ao analisar 80 mulheres com CM em uso de doxorrubicina em um hospital em Belo Horizonte (Brasil), 83,75% das pacientes ($n=67$) apresentavam receptores hormonais positivos, sendo 39 pacientes

para estrogênio e 28 para progesterona, em relação ao her2 apenas 43% ($n=34$) das pacientes apresentaram expressão do receptor²¹.

Achados semelhantes também foram encontrados em outros estudos ao avaliar 203 mulheres com CM, sendo separadas em dois grupos, o grupo A continha 75 pacientes com idade < 50 e o grupo B havia 128 pacientes com ≥ 50 anos. No grupo A 55 (73,3%) e 49 (65,3%), enquanto no grupo B 98 (76,6%) e 83 (64,8%) das pacientes continham receptores positivos para RE e RP, respectivamente. Em relação ao her2 apenas 21(10,34%) mulheres de ambos os grupos apresentavam *status* positivo²².

CONCLUSÃO

Nosso estudo demonstrou que o nordeste brasileiro ainda apresenta importantes indicadores de câncer de mama avançado no interior do Ceará. A não realização de exames de prevenção, como a mamografia e ausência de história familiar de câncer, parece ser um fator associado a um pior prognóstico.

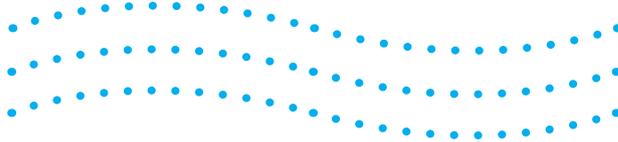
Para que esse cenário possa mudar, será necessário uma maior atenção do poder público, no que se diz respeito a políticas de prevenção voltadas as mulheres nordestinas, como a abrangência de estratégias primárias na prevenção ao câncer de mama, por meio de ações promovidas por serviços públicos em postos de saúde, bem como palestras implementadas por agentes comunitários, e a própria equipe da UBS e/ou USF com a finalidade de abordar a importância do exame de prevenção, bem como os sinais iniciais das neoplasias mamárias.

Além disso, é de suma importância melhorar o acesso de mulheres com câncer de mama as diferentes alternativas terapêuticas, minimizando o tempo de espera para o tratamento adequado, e conseqüentemente diminuir os desfechos clínicos negativos, possibilitando um diagnóstico precoce, de modo a favorecer um cenário de cura mais frequente.

REFERÊNCIAS

1. Barzaman K, Karami J, Zarei Z. Breast cancer: Biology, biomarkers, and treatments. *International immunopharmacology*. 2020;84:106535.
2. Wilcock P, Webster RM. The breast cancer drug market. *Nat Rev Drug Discov*. 2021;20(5):339-340.
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185

- countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209-249.
4. Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//> [Acesso em: 25 nov. 2022].
 5. Taxa de mortalidade. Rio de Janeiro: INCA, 2021. 1 base de dados. <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade> [Acesso em: 18 jan. 2023].
 6. Rossi L, Mazzara C, Pagani O. Diagnosis and treatment of breast cancer in young women. Current treatment options in oncology. 2019;20(12):1-14.
 7. Pondé NF, Zardavas D, Piccart M. Progress in adjuvant systemic therapy for breast cancer. Nature reviews Clinical oncology. 2019;16(1):27-44.
 8. Shien T, Iwata H. Adjuvant and neoadjuvant therapy for breast cancer. Japanese journal of clinical oncology. 2020;50(3):225-229.
 9. De Groot S, Charehbili A, Laarhoven HWN, Mooyaart AL, Dekker-Ensink NG, De Ven SV, et al. Insulin-like growth factor 1 receptor expression and IGF1R 3129G> T polymorphism are associated with response to neoadjuvant chemotherapy in breast cancer patients: results from the NEOZOTAC trial (BOOG 2010-01). Breast Cancer Research. 2016;18:1-11.
 10. Manual de Oncologia Clínica do Brasil. TNM 8ª Edição – Câncer de Mama. Principais mudanças e implicações na prática clínica. São Paulo, 09 de mar. De 2018. < <https://mocbrasil.com/blog/videteca/vol09num01/> > . [Acesso em: 19 de jan. de 2023.]
 11. Matos SEM, Rabelo MRG, Peixoto MC. Análise epidemiológica do câncer de mama no Brasil: 2015 a 2020. Brazilian Journal of Health Review. 2021;4(3):13320- 13330.
 12. Melillo BCDL, Morais PLMÁ, Aleixo TB, Machado RRP, Figueredo ACDS. Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama atendidas em Juiz de Fora-Minas Gerais (MG), Brasil. Brazilian Journal of Development. 2020;6(10):80575-80592.
 13. Barros LO, Menezes VBB, Jorge AC, Morais SSF, Silva MGC. Mortalidade por Câncer de Mama: uma Análise da Tendência no Ceará, Nordeste e Brasil de 2005 a 2015. Revista Brasileira de Cancerologia. 2020;66(1): e-14740.
 14. Da Silva Batista MR, De França TA, De Alencar AJF. Indicadores epidemiológicos do câncer de mama em mulheres no município de juazeiro do norte-ceará. Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia. 2021;9(1):905-914.
 15. Giaquinto AN, Sung H, Miller KD, Kramer JL, Newman LA, Minihan A, et al. Breast cancer statistics, 2022. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2020;72(6):524-541.
 16. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA (SBM). Câncer de mama: Vamos conversar, Prevenção, Acolhimento e Cuidado. Goiânia: UFG, 2021.
 17. Xu Z, Sandler DP, Taylor JA. Blood DNA methylation and breast cancer: a prospective case-cohort analysis in the sister study. Journal of the National Cancer Institute. 2020;112(1):87-94.
 18. Han Y, Jun L, Yu C, Bian Z, Hu Y, Yang L, et al. Development and external validation of a breast cancer absolute risk prediction model in Chinese population. Breast Cancer Research. 2021;23(1):1-13.
 19. Fernandes EMA, Linhares JJ. Papel dos níveis séricos de vitamina de da síndrome metabólica e o risco de câncer de mama. Arq. Catarin. Med. 2021;50(2):257-270.
 20. Bezerra DA, Linhares JJ, Noronha EC, Tavares KCS, Antunes ASLM, Coelho RF, et al. Association of the ABCB1 C3435T gene polymorphism (SNPs) with the response to neoadjuvant chemotherapy in women with breast cancer in northeastern Brazil. Revista de Ciências Médicas e Biológicas. 2020;19(2):305-310.
 21. Simões R, Pereira JD, Oliveira AN, Soares CE, Sabino AP, Silva LM, et al. Níveis de troponina I segundo a classificação molecular do tumor em mulheres com câncer de mama sob uso de doxorubicina. Brazilian Journal of Health Review. 2022;5(2): 7458-7467.
 22. Da Silva ASR, Marino FP, Willig DQ, Iser BPM. Características epidemiológicas e biológicas do câncer de mama comparando mulheres acima com as abaixo de 50 anos. Revista da AMRIGS. 2020;64(3):379-386.



FATORES DETERMINANTES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM ADOLESCENTES

IMPACT FACTORS AND STRATEGIES FOR COPING SELF-INFRINGEED VIOLENCE IN ADOLESCENTS
FACTORES DE IMPACTO Y ESTRATEGIAS PARA ENFRENTAR LA VIOLENCIA AUTOINFRACCION EN ADOLESCENTES

Rogeryany Lopes Farias ¹

Heryca Laiz Linhares Balica ²

Maria Adelane Monteiro da Silva ³

Maria Suely Alves Costa ⁴

Maria Socorro de Araújo Dias ⁵

Como Citar:

Farias RL, Balica HLL, Silva MAM, Costa MAS, Dias MAS. Fatores Determinantes e Estratégias de Enfrentamento a Violência Autoprovocada em Adolescentes. *Sanare*. 2024; 23 (1).

Descritores:

Adolescente; Pesquisa Qualitativa; Violência.

Descriptors:

Adolescents; Qualitative Research; Violence.

Descriptores:

Adolescentes; Investigación Cualitativa; Violencia.

Submetido:

03/10/2023

Aprovado:

06/06/2024

Autor(a) para Correspondência:

Rogeryany Lopes Farias
E-mail: rogerianylopes@gmail.com

RESUMO

A adolescência caracteriza-se por um período de transição, marcado por modificações que aumentam a vulnerabilidade deste público e o expõe a situações de violência. Com o objetivo de identificar os principais fatores que contribuem para a prática de violência autoprovocada em adolescentes e as estratégias de enfrentamento nas políticas públicas em Sobral-CE-BR, realizou-se uma pesquisa ação participativa baseada no modelo Community Based Participatory Research. Participaram 18 gestores das secretarias que possuem ações ou serviços destinados aos adolescentes. A coleta de dados se deu através de análise documental, oficinas com registros em diário de campo. A análise temática reflexiva foi o referencial de análise. Como fatores determinantes tem-se a correlação com outros tipos de violência, sofrimento psíquico, fragilidade das relações interpessoais, abuso sexual, tristeza, depressão, ansiedade e angústia. Como estratégias de enfrentamento, identificou-se diversidade de atividades e projetos que contribuem para uma assistência integral a estes indivíduos, no âmbito da promoção de vida, prevenção de riscos e desfechos, manejo e reabilitação. Entende-se que a gestão do município se encontra atenta à relevância da temática, implementando políticas com vistas a mitigar os fatores determinantes e consequências da violência autoprovocada. Contudo, entende-se que desafios se fazem presentes face a complexidade do fenômeno.

1. Assistente Social. Mestre em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: rogerianylopes@gmail.com. ORCID:

2. Enfermeira. Especialista em Gestão e Auditoria dos Serviços de Saúde. Universidade Federal do Ceará. E-mail: lais.heryca@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4679-4814>

3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: adelanemonteiro@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7579-2645>

4. Psicóloga. Doutora em Psicologia Aplicada. Universidade Federal do Ceará. E-mail: suelycosta@ufc.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3545-0613>

5. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: socorroad@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7813-547Xb>

ABSTRACT

Adolescence is characterized by a period of transition, marked by changes that increase the vulnerability of this population and expose it to situations of violence. With the aim of identifying the main factors that contribute to the practice of self-inflicted violence in adolescents and coping strategies in public policies in Sobral-CE-BR, participatory action research was carried out based on the Community Based Participatory Research model. 18 managers from departments that have actions or services aimed at teenagers participated. Data collection took place through document analysis, workshops with field diary records. Reflective thematic analysis was the analysis framework. The determining factors include the correlation with other types of violence, psychological suffering, fragility of interpersonal relationships, sexual abuse, sadness, depression, anxiety and anguish. As coping strategies, a diversity of activities and projects were identified that contribute to comprehensive assistance for these individuals, within the scope of promoting life, preventing risks and outcomes, management and rehabilitation. It is understood that the municipality's management is attentive to the relevance of the issue, implementing policies with a view to mitigating the determining factors and consequences of self-inflicted violence. However, it is understood that challenges are present given the complexity of the phenomenon.

RESUMEN

La adolescencia se caracteriza por un período de transición, marcado por cambios que aumentan la vulnerabilidad de esta población y la exponen a situaciones de violencia. Con el objetivo de identificar los principales factores que contribuyen a la práctica de la violencia autoinfligida en adolescentes y las estrategias de afrontamiento en las políticas públicas en Sobral-CE-BR, se realizó una investigación acción participativa basada en el modelo de Investigación Participativa de Base Comunitaria. Participaron 18 directivos de departamentos que tienen acciones o servicios dirigidos a adolescentes. La recolección de datos se realizó a través del análisis de documentos, talleres con registros de diarios de campo. El análisis temático reflexivo fue el marco de análisis. Entre los factores determinantes se encuentran la correlación con otros tipos de violencia, el sufrimiento psicológico, la fragilidad de las relaciones interpersonales, el abuso sexual, la tristeza, la depresión, la ansiedad y la angustia. Como estrategias de afrontamiento, se identificaron una diversidad de actividades y proyectos que contribuyen a la atención integral de estas personas, en el ámbito de la promoción de vida, la prevención de riesgos y resultados, la gestión y la rehabilitación. Se entiende que la gestión del municipio está atenta a la relevancia del tema, implementando políticas con miras a mitigar los factores determinantes y las consecuencias de la violencia autoinfligida. Sin embargo, se entiende que existen desafíos dada la complejidad del fenómeno.

.....

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou no ano de 2002 o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde no qual classifica a violência em três grandes categorias: interpessoais, coletivas e auto infligidas. A última, também conhecida como violência autoprovocada, é a violência que uma pessoa inflige sobre si mesma e pode ser subdividida em suicídio, tentativas de suicídio, autolesão e automutilação¹.

A adolescência, fase cronologicamente compreendida entre 10 e 19 anos, é uma fase propícia ao desenvolvimento de sofrimentos, transtornos e doenças mentais, já que se trata de um período de transição da infância para a vida adulta. Caracteriza-se por ser marcado por diversas modificações biológicas, psicológicas e sociais; e essas mudanças, geralmente, são acompanhadas de

conflitos, angústias e sofrimento mental. Quando expostos às intensas e prolongadas situações de sofrimento e desorganização, os adolescentes podem desenvolver transtornos e tornar-se mais vulneráveis ao suicídio².

Ao analisar a evolução das taxas de mortalidade por suicídio em adolescentes, evidencia-se um aumento pronunciado com incremento de 81% no período de 2010 e 2020, passando de 606 para 1.022 óbitos. Destaca-se também o aumento sustentado das mortes por suicídio em menores de 14 anos. Entre 2010 e 2013 houve um aumento de 113% na taxa de mortalidade por suicídios nessa faixa etária, passando de 104 para 191 óbitos³.

No Ceará, nos anos de 2011 a 2021, a análise de casos de violência, quanto a sua tipologia, revelou que a lesão autoprovocada ocupa o terceiro lugar, com 14,1% do total de casos registrados. Quando se adentra a proporção de casos de violência por

regiões de saúde neste estado, a região de Sobral responde por 26%⁴.

Um estudo longitudinal realizado com adolescentes escolares do município de Sobral em 2019 e 2020, pela Prefeitura de Sobral, por meio da Secretaria da Educação (SEDUC) em parceria com o Instituto Ayrton Senna (IAS) e o Laboratório de Estudos e Pesquisas em Economia Social (LEPES), evidenciou um número expressivo de adolescentes com prática ou ideação de violência autoprovocada. Em 2020, 25,5% dos estudantes relataram idealizar autolesão, enquanto 19,2% dos estudantes afirmaram “cortar-se de propósito” alguma vez. Entre os estudantes que referiram ter idealizado autolesão em 2019, 45,4% praticaram o fato pelo menos algumas vezes em 2020⁵.

Diante deste cenário, a visão intersetorial e interdisciplinar no processo de prevenção à violência autoprovocada é indispensável para a melhor compreensão da totalidade na qual a violência está inserida e seu contexto social. É de fundamental importância reconhecer que esta problemática extrapola o âmbito da saúde e da educação e que a promoção de ações relacionadas a geração de emprego e renda, promoção da segurança e cidadania, esporte, cultura, lazer, assistência social, direitos humanos, boas condições de moradia, alimentação, transporte infraestrutura territorial colaboram significativamente para a redução e prevenção de violências⁶.

É nesse sentido que se faz necessário o desenvolvimento de estratégias intersetoriais de promoção da saúde capazes de acolher adolescentes em seu sofrimento, capacitar os profissionais para o manejo adequado das demandas na escola e fora dela, articular os serviços de atenção à saúde disponíveis e potencializar o cuidado em saúde mental dos adolescentes, com a finalidade de prevenir o adoecimento mental e a prática de violência autoprovocada.

Assim, o presente estudo objetivou identificar os principais fatores que contribuem para a prática de violência autoprovocada em adolescentes e descrever as estratégias de enfrentamento a violência autoprovocada para proposição de constituição de uma rede intersetorial de enfrentamento a violência autoprovocada no município de Sobral, Ceará, Nordeste brasileiro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Pesquisa Ação Participativa (PAP) baseada no modelo Community Based Participatory Research (CBPR). PAP é uma abordagem de pesquisa-ação colaborativa que incorpora dados e a criação de conhecimentos mediante a participação equitativa de todos os parceiros no processo⁷.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Sobral, e teve como participantes 18 gestores, com poder deliberativo, indicados pelos secretários municipais das secretarias que possuem ações ou serviços destinados ao público adolescente a saber: Secretaria da Saúde; Secretaria da Educação; Secretaria de Juventude, Esporte e Lazer; Secretaria de Segurança e Cidadania; Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Econômico, Secretaria de Urbanismo e Meio Ambiente; Secretaria de Direitos Humanos, Habitação e Assistência Social no período de novembro de 2022 a fevereiro de 2023.

Como fase inicial da coleta de dados foi realizada análise documental. Dentre as possíveis estratégias para realização desta PAP elegeram-se as oficinas com registros em diário de campo, desenvolvidas a partir do modelo lógico da pesquisa Ação Participativa. O referido modelo se estrutura em quatro passos que, de modo interdependente, mantêm conexões e orientam o processo de construção e análise dos dados: Contextos, Dinâmicas e Parcerias, Intervenção e Pesquisa, e Resultados, conforme pode ser observado na Figura 1.

Figura 1. Etapas da Pesquisa Ação Participativa com Grupos Sociais/ Comunidades

CBPR - Pesquisa Ação Participativa com Grupos Sociais/Comunidades

Adaptado de Wallerstein et al., 2008 & Wallerstein et al., 2018 (cpr.unm.edu/research-projects/cbpr-project/cbpr-model.html)

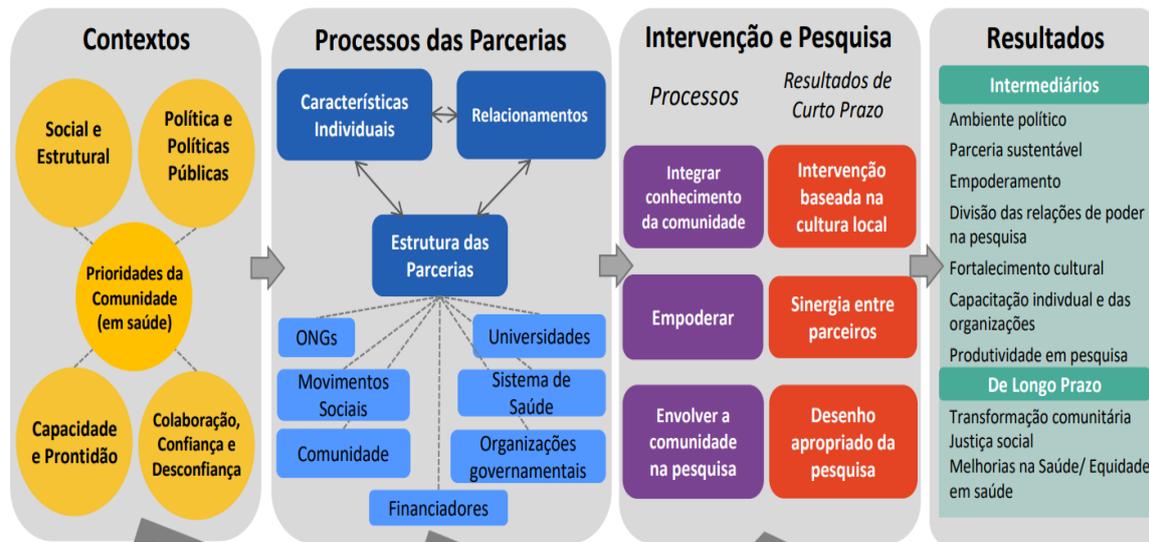


Imagem de Amos Health, 2017

Contextos	Dinâmicas das Parcerias		Intervenção e Pesquisa	Resultados
<p>Social e Estrutural: Status Socioeconômico, Localidade, História, Meio ambiente, Segurança da Comunidade, Racismo Institucional, Cultura, Papel das Instituições de Ensino e de Pesquisa</p> <p>Política e Políticas Públicas: Governança Nacional e Local, Aprovação de Pesquisa, Tendências do Financiamento</p> <p>Prioridades da Comunidade (em Saúde): Gravidade Percebida</p> <p>Colaboração: Grau Histórico de Confiança e Desconfiança entre Parceiros</p> <p>Capacidade: Histórico da Advocacia Comunitária, Capacidade da Universidade e da Parceria</p>	<p>Dinâmica Estrutural</p> <ul style="list-style-type: none"> Diversidade Complexidade Acordos Formais Controle dos Recursos % Dinheiro para Comunidade Princípios CBPR Valores da Parceria Conectando Capital Social Tempo de Parceria <p>Dinâmica Individual</p> <ul style="list-style-type: none"> Motivação para Participação Identidade Cultural Humildade Crenças Pessoais/ Valores Espiritualidade Reputação do Pesquisador 	<p>Dinâmica Relacional</p> <ul style="list-style-type: none"> Segurança/ Respeito/ Confiança Influência/ Voz da comunidade Flexibilidade Diálogo e Escuta Aprendizado Conjunto Gestão de Conflitos Liderança Reflexão Individual e Coletiva Gerenciamento de Recursos Tomada de Decisão Participativa Divisão dos Papéis Comunicação em Grupo <p>Compromisso com o Empoderamento Coletivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> Processos que honram o conhecimento da comunidade, sua cultura e sua voz, conectados com contextos locais Uso da linguagem acadêmica e comunitária que leva a intervenções embasadas na cultura Processos de empoderamento com aprendizado conjunto que levam a sinergia entre os parceiros Membros da comunidade envolvidos em atividades de pesquisa que levam ao desenho da pesquisa/ avaliação que reflita as prioridades da comunidade Pesquisa Bidirecional, Implementação e Disseminação 	<p>Intermediários: Sistemas e Capacidades</p> <ul style="list-style-type: none"> Ambiente das Políticas Públicas: Mudanças nas Universidades e Comunidades Parcerias e Projetos Sustentáveis Empoderamento Multinível Relação da Divisão de Poderes em Pesquisa Democracia do Conhecimento Fortalecimento e Revitalização Cultural Crescimento de Parceiros e Redes Sociais Aumento da Capacitação Individual e das Organizações Produtividade em Pesquisa: Resultados, Publicações, Concessão de verbas, Premiações <p>De Longo Prazo: Justiça Social e Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> Transformação Social/ da Comunidade: Políticas e Condições Melhorias na Saúde / Equidade da Saúde

Fonte: Wallerstein et al. (2008) e adaptada por Wallerstein e Duran (2018).

Na primeira oficina, buscou-se compreender as diversas facetas que compõem a problemática abordada – violência autoprovocada - e seguiu-se com análise dos determinantes sociais que a cercam. Como estratégia participativa lançou-se a questão disparadora: “Quais os fatores que contribuem para a prática da violência autoprovocada em adolescentes?”. Desse modo, os participantes foram instigados a apresentar suas percepções através da ferramenta MentiMeter, sendo construído ao final uma nuvem de palavras que permitiu reconhecer a visão dos participantes sobre os fatores influenciadores para a violência autoprovocada em adolescentes.

Após a construção da nuvem de palavras, refletiu-se acerca da multifatorialidade da violência autoprovocada, o que impacta na forma de organização dos serviços para que haja uma maior resolutividade nestes casos, sendo necessário fortalecer a intersetorialidade neste aspecto.

A segunda oficina teve como objetivo conhecer as características individuais, os valores centrais e a motivação dos participantes para a pesquisa. Para isso, conduziu-se um momento com a utilização de metodologias participativas para que os participantes pudessem discutir os seus processos de trabalho e apresentar os serviços públicos voltados ao público adolescente. A discussão iniciou a partir da pergunta disparadora: “Quais os serviços, projetos ou políticas públicas que a secretaria a qual representa possui para prevenção da violência autoprovocada entre os adolescentes?”.

Neste momento, foram entregues tarjetas e pincéis aos participantes, para que estes pudessem elencar quais eram as potencialidades e estratégias de suas secretarias no cuidado a adolescentes em situação de

psíquico e fragilidade das relações interpessoais que podem estar associados à prática. Dentre os aspectos mais apontados tem-se: Abuso sexual, tristeza, depressão, ansiedade, não aceitação, angústia e frustração.

Consonante com o exposto, estudos apontam a associação entre episódios de violência autoprovocada e situações pré-existentes com outras violências, com ênfase no abuso sexual, físico, bullying e negligência⁹. A exposição a estas experiências impacta na vida do adolescente a longo prazo, estando relacionada ao risco de automutilação e demais comportamentos de risco na fase adulta¹⁰.

Periféricamente, na imagem apresentada, identificamos termos como vínculos frágeis, contexto familiar, relações conflituosas e violência doméstica. Estes apontamentos revelam a correlação de episódios de violência autoprovocada a situações enfrentadas no seio familiar. Desse modo, expressam que este ambiente é disparador de situações e gatilhos que impactam na saúde mental dos adolescentes, expondo-os a violência.

Correia et al¹¹ em sua pesquisa, discorrem que a violência intrafamiliar na infância e adolescência foram fatores determinantes para a realização da violência autoprovocada, com ênfase nas tentativas de suicídio. Dentre os aspectos que mais foram pontuados, evidenciou-se a rejeição por parte dos pais, falta de afetividade e desqualificação do sofrimento. Ademais, a prática de violência sexual e física no seio familiar, juntamente com episódios de humilhação e negligência também foram determinantes para o incentivo ao comportamento suicida.

Para além do contexto familiar, a escola vem sendo um ambiente determinante na ocorrência de episódios de violência autoprovocada, e na ocorrência de experiências negativas. Dentre as atitudes elencadas em alguns estudos, destaca-se o bullying, que segundo Pimentel, Méa e Patias¹² possui associação consistente com o surgimento de sentimentos negativos, tentativas e ideação suicida.

O bullying foi apontado de forma predominante na nuvem de palavras, o que demonstra seu impacto na associação com a violência autoprovocada, na percepção dos gestores. Ademais, destaca-se na imagem, a correlação dada pelos gestores da violência autoprovocada a exposição do adolescente a outros tipos de violência. Estão expressos na nuvem termos como: violência, violência doméstica, violência intradomiciliar, violência psicológica,

dentre outros.

Pesquisa realizada por Hernandez-Vasquez et al¹³ comprovou que a violência em suas mais variadas facetas se encontra interligada à violência autoprovocada, no que concerne a episódios de ideação e planejamento suicida. Estudantes que foram expostos a dois ou mais episódios de agressão física e que vivenciaram mais dias de assédio nos últimos 30 dias, apresentavam maiores índices de ideação e planejamento suicida. Também foram associados a isto, os fatores como abuso, intimidação e violência sexual.

Somando-se a estes fatores, o diagnóstico prévio de transtornos mentais foi considerado fator preditivo para o surgimento de episódios de violência autoprovocada, com ênfase na automutilação. Estudos demonstram que o diagnóstico de transtornos de personalidade, psicoses, transtornos de personalidade, ansiedade e transtornos depressivos aumentam o risco de automutilação em ambos os sexos. Os transtornos mentais estiveram mais associados ao risco de automutilação, enquanto os transtornos psicóticos foram correlacionados com o risco de morte por suicídio¹⁴.

Desse modo, é possível constatar que os gestores possuem conhecimento sobre a multicausalidade da violência autoprovocada, o que é de extrema importância para que se fomente a discussão em suas respectivas secretarias, para a oferta de serviços e ações que atuem diretamente na promoção de espaços saudáveis, de acolhimento e lazer a estes adolescentes, o que corrobora ao enfrentamento da problemática a nível municipal.

Estratégias de enfrentamento à violência autoprovocada na Rede de Atenção Intersetorial

Os registros apresentados denotam que o adolescente é um segmento populacional para os quais as políticas públicas municipais se dirigem e que há uma variedade de projetos em desenvolvimento, e, que, conseqüentemente, reverberam na identificação de jovens em situação de violência autoprovocada. Passa-se a discorrer sobre algumas dessas iniciativas.

A Secretaria da Juventude, Esporte e Lazer por ter este público como prioridade em suas atividades, elencou diversas ações que são desenvolvidas e que atuam na promoção da saúde, bem como na identificação de adolescentes em situação de violência autoprovocada. Dentre elas, destacam-se a Estação da Juventude, Projeto Ação Jovem e a Vila

Olímpica de Sobral.

As Estações da Juventude caracterizam-se por serem estratégias públicas municipais, que tem como objetivo desenvolver as potencialidades do público adolescente através da realização de atividades diversas, com caráter sociopolítico e educacional, com vistas a diminuir as problemáticas relacionadas à vulnerabilidade social deste público alvo¹⁵.

Um estudo realizado por Pinto¹⁶ buscou compreender os sentidos e significados da estação da juventude para os jovens do município de Sobral. Os discursos dos adolescentes destacaram a importância do equipamento na ressocialização destes no seu território, dando ênfase ao resgate histórico e o sentido do espaço, que antes era visto como referência para ações de policiamento, repressão e controle da juventude, dando espaço a um local de execução de projetos sociais de grande impacto na vida dos jovens e da comunidade.

Outra estratégia implementada pela secretaria foi a criação do Projeto Ação Jovem Sobral. Através de processos formativos ofertados pelo município, o projeto atua no apoio e estímulo do protagonismo juvenil por meio de ações que promovem a cidadania e ocupação dos territórios, criando assim, novas possibilidades para os jovens. Ademais, são ofertadas bolsas com valor mensal, como forma de incentivo à participação e realização de projetos propostos pelos jovens¹⁷. Considerada o principal equipamento esportivo do município, a Vila Olímpica de Sobral também é apontada como ação essencial desenvolvida junto à juventude através da Secretaria da Juventude, Esporte e Lazer. O local conta com uma estrutura moderna para formação de jovens atletas e descoberta de novos talentos. O maior complexo esportivo do interior do Ceará tem como foco o incentivo à prática de atividades físicas e de lazer, através da valorização da cultura esportiva e o auxílio na formação cidadã¹⁸.

A Secretaria de Saúde elencou um rol de atividades que vão desde a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, identificação dos casos de violência, acolhimento, atendimento e manejo, além da reabilitação. Ressalta-se ainda, que a secretaria possui parcerias bem estabelecidas, com enfoque principal nas ações realizadas com a Secretaria de Educação. Dentre seus principais projetos e ações, destacou-se o Programa Saúde na Escola (PSE), os Grupos de Adolescentes nos Centros de Saúde da Família e o Projeto Flor do Mandacaru.

O PSE é uma política intersetorial, desenvolvida

pelos setores da saúde e educação, que trabalha junto aos estudantes diversas temáticas, através da promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e atenção à saúde deste público, atuando no enfrentamento das vulnerabilidades neste período¹⁹. Por meio da estratégia, há um fortalecimento do vínculo entre os profissionais e os adolescentes inseridos neste contexto, bem como a qualificação dos profissionais da saúde e educação, a abordagem da temática através de atividades lúdicas, aproximação da família com a escola e maior possibilidade de identificação de situações de violência pela vinculação dos estudantes aos profissionais.

Outra estratégia destacada pelo setor saúde foi o desenvolvimento dos Grupos de Adolescentes no território:

“Eu coloquei como uma potencialidade, que a gente tem tentado. Ainda não são todos os territórios que têm esses grupos, a gente tem tentado fortalecer. Um grupo de adolescentes que tem e que é muito potente é o grupo do Tamarindo. Eu já fui gerente lá e já vi como é, é levado por uma ACS. Então, várias vezes, vários setores, vários profissionais da rede vão para o projeto, para o grupo, para tentar entender o sucesso do grupo. Então, a gente tem essa potencialidade no território que é também vulnerável (Participante D)”.

Segundo Piva et al²⁰ a estratégia dos grupos com adolescentes é exitosa, já que o processo de aprendizagem grupal é essencial ao desenvolvimento dos jovens, tornando-se um espaço no qual os adolescentes aprendem a lidar e expor suas vivências, estabelecer relações e explicitar melhor suas opiniões, sem receio de represálias, ou julgamentos acerca do que é certo ou errado. Neste contexto, o grupo constitui espaço de esclarecimento de dúvidas, conhecimento acerca das situações e importância do cuidado com a saúde.

Vale ressaltar que a Estratégia Saúde da Família (ESF) se configura como espaço que alberga a realização destes grupos e de demais estratégias voltadas aos adolescentes em seus respectivos territórios. Desse modo, há uma ampliação de possibilidades em relação às ações desenvolvidas pelos profissionais deste espaço, haja vista que o trabalho na ESF deve se contrapor ao paradigma clínico e assistencial somente, de forma a trabalhar sob outras formas de organização da demanda, com prioridade às atividades de promoção da saúde e

prevenção de doenças²¹.

O Projeto Flor do Mandacaru foi apontado como uma iniciativa potente no atendimento ao público adolescente. O projeto é um dos componentes da Estratégia Trevo de Quatro Folhas e foi pensado inicialmente para trabalhar os altos índices de gravidez na adolescência no município e o baixo número de atendimento do público nos CSF's. Os participantes J e I fortalecem este discurso e apontam em suas falas a mudança do perfil de atendimento, com a inserção de demandas de saúde mental e violência cada vez mais frequentes:

“O Projeto flor do mandacaru, traz uma perspectiva de um acompanhamento do adolescente de 10 a 19 anos e a gente tem um assunto principal que é a saúde sexual e reprodutiva. Mas nosso perfil epidemiológico vem mudando nos últimos tempos. A gente tem recebido uma demanda muito grande de saúde mental, principalmente das coordenações de algumas escolas que têm trazido essas demandas. Teve uma vez que um coordenador entrou em contato comigo, pedindo apoio psicológico, dizendo que havia adolescentes com ansiedade, automutilação. Aí eu disse para trazer para fazer o agendamento, pensando que seria em torno de 10 alunos, ele manda a relação de 49 alunos. Aí a gente correu para tentar agendar e fazer esse acompanhamento, porque está muito crítico, principalmente na época de pandemia e no período pós que temos (Participante J).”

“Eu queria só destacar uma potencialidade do Flor, porque além dele dialogar com os articuladores da juventude, com a jovem guarda, com a educação, com os outros serviços. Ele trabalha com o manejo muito importante, relacionado a sexualidade, voltado para a prevenção das IST. Mas porque que trago isso? Porque quando a gente fez um estudo, através do “Posso te ouvir”, nas escolas e no acompanhamento de porque essas pessoas estavam se automutilando, o que ficou em segundo lugar da pesquisa, o primeiro foram os conflitos familiares, em segundo lugar foram questões relacionadas a sexualidade. Quando a gente traz isso, traz diversas coisas, a gente traz orientação sexual, questão de corpo, questão de gênero,

de violência sexual. Mas essa foi a segunda temática que mais tem causado sofrimento em homens e principalmente nas mulheres, nas nossas adolescentes (Participante I)”.

Este aumento de demanda relacionada à saúde mental exposta na fala da Participante I, foi disparador de discussões sobre a ampliação de serviços de saúde mental no município. Neste contexto, o CAPS infanto-juvenil veio agregar-se à rede de atenção psicossocial do município de Sobral, como equipamento de suporte ao público adolescente. Em seu escopo de ações, o serviço dispõe de diversas atividades voltadas ao atendimento, acolhimento e manejo do público adolescente em situação de violência autoprovocada, conforme descrito no discurso do participante H:

“O CAPSi é o novo dispositivo da rede de saúde mental, e a gente tem algumas estratégias de cuidado, voltado para o público que se automutila ou que tem ideiação suicida, ou que teve tentativa de suicídio. Uma delas é uma atenção interprofissional, que é um atendimento com psicologia e enfermagem, de forma individual, semanalmente que é atenção ao risco suicida. E o outro é mais voltado para as buscas ativas dos casos, notificar e fazer o uso da notificação. Que a gente não consegue fazer a busca ativa sem as notificações e que não é algo específico do CAPSi, mas de todos os dispositivos da rede, todos os CAPS fazem as buscas ativas das notificações. Tem também o projeto terapêutico, que é uma ferramenta que a gente utiliza quando estamos lidando com casos graves em saúde mental, é uma ferramenta que é muito potente, que não vamos ficar colocando somente na relação da queixa, não somente nesse processo de adoecimento e também fazer essa articulação com a rede, com o fortalecimento do vínculo e com outros dispositivos, que isso é muito importante, trabalhar a intersetorialidade, então o projeto terapêutico ele é essa ferramenta que é muito potente. Tem o NAPS também, que todos os profissionais da rede estão envolvidos, que é o Núcleo de Atenção e Prevenção ao Suicídio, que é um núcleo da rede de saúde mental. As siglas, AT é atendimento, AC acolhimento. E tem as assembleias também, dos usuários, das

crianças e dos adolescentes (Participante H)."

O discurso demonstra que o equipamento é de extrema relevância ao acompanhamento especializado em saúde mental do público adolescente. Dentre suas principais características destacam-se as ações desenvolvidas de forma multiprofissional, com acolhimento e realização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como potencialidades no acompanhamento deste público.

A construção do PTS é um processo dinâmico, construído juntamente com o sujeito, através de análises da equipe multidisciplinar e sobre as múltiplas dimensões do cuidado. Desse modo, se configura como uma ferramenta de organização de cuidado único, de construção coletiva e exclusiva para cada usuário, considerando as necessidades e contexto social dos sujeitos, tendo em vista a Reabilitação Psicossocial²².

A utilização do PTS como subsídio ao cuidado oferecido ao público dos CAPSi, foi apontado como positiva em estudos anteriores, na medida em que foram ampliadas as discussões interprofissionais, o acompanhamento do cuidado junto ao sujeito e a execução de metas a curto, médio e longo prazo que passaram a ser executadas pelo usuário, com sua singularidade²³.

A interprofissionalidade é essencial no cuidado em saúde mental, pois integra profissionais de diversas categorias em prol de um cuidado integral, já que nenhuma categoria isolada possui aporte para amparar todas as necessidades do usuário. Desse modo, é notório que quando há um elenco de profissionais de áreas de conhecimento distintas com suporte ao paciente, há uma abrangência maior das múltiplas dimensões de cuidado, com maiores chances de sucesso terapêutico²⁴.

No que diz respeito à Secretaria de Educação, algumas das ações citadas foram: Projeto Eu Posso Te Ouvir; Projeto de robótica; Projeto do Recital Didático; Projeto de Educação Financeira; Olimpíadas; Semana de prevenção da gravidez da adolescência e Semana do Adolescente. Com isso, percebe-se o fortalecimento da intersetorialidade com a saúde, através do desenvolvimento do Projeto Eu Posso Te Ouvir e das semanas temáticas dos adolescentes.

Dentre as iniciativas citadas acima, destaca-se a criação do Projeto Eu Posso Te Ouvir como uma iniciativa que surgiu através da detecção de casos de automutilação em uma escola do município de

Sobral. Diante do cenário ocorreu uma articulação entre profissionais da referida escola, do CSF do território e as Residências Multiprofissionais de Saúde da Família e Saúde Mental, com vistas a compreender o fenômeno e intervir de forma acolhedora e pedagógica no cenário de violências como automutilação e ideação suicida. Desse modo, criaram-se nas escolas espaços onde os adolescentes pudessem falar e ser ouvidos, com o reconhecimento de seus problemas em sua integralidade. Além disso, organizaram-se grupos para um acompanhamento mais próximo destes jovens, como recurso terapêutico, fortalecimento de vínculos e implementação de estratégias de cuidado²⁵.

Segundo Farias et al²⁶ o projeto possibilitou que a escola obtivesse uma visão emancipatória, indo além da busca por altos índices de aprendizagem, mas, levando em consideração a formação humana de seus alunos. Ademais, em relação aos adolescentes inseridos no projeto, percebeu-se que houveram "mudanças de comportamento atitudinal e cognitivo dos estudantes e o estabelecimento de uma cultura de paz, do respeito e da boa convivência e, conseqüentemente, redução das violências autoprovocadas".

No que tange a realização de ações que englobam principalmente a promoção a saúde, ressaltaram-se as semanas temáticas do adolescente e de prevenção da gravidez, conforme descrito no discurso do Participante J:

"A semana da prevenção acontece em fevereiro, e a semana do adolescente acontece em setembro. A semana do adolescente a gente traz abordagens mais amplas, que incluem cultura de paz, a questão do suicídio, por isso que a gente faz em setembro, trazendo mais a questão da saúde mental. Na semana do adolescente a gente traz outros assuntos maiores, então a gente traz essa atenção. A gente tem muitas parcerias nessas semanas, principalmente com o PSE e também com os outros setores que a gente chama pra tá junto. Nesses últimos eventos que a gente fez, a gente trouxe as instituições de ensino superior, veio UVA, FLF, UNINTA. E a gente trouxe os outros setores para fortalecer, veio a educação, assistência social, pessoal da saúde mental, direitos humanos. Tanto é que na última semana, a gente teve muita interação, principalmente nas atrações, a gente trouxe grupos da estação da juventude,

veio do SESC, socioeducativo (Participante J)”.

Em relação a Secretaria de Direitos Humanos, Habitação e Assistência Social elencaram-se como ações direcionadas ao público adolescente o Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes, Serviço PAIF, Serviço de convivência e fortalecimento de vínculos-SCFV e o Projeto OCUPA CRAS.

O Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes é realizado periodicamente, através de demandas do Poder Judiciário, e tem como proposta acolher crianças e adolescentes vítimas de violação de direitos, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, incluindo nesse escopo as situações de violência. Já o Programa de Atendimento Integral às Famílias e Indivíduos é um trabalho contínuo, responsável pelo trabalho social com as famílias, a fim de fortalecer a função protetiva da família, prevenção da ruptura de vínculos, promoção do acesso aos direitos e melhoria da qualidade de vida²⁷.

Quanto ao serviço de convivência e fortalecimento de vínculos, o Participante B descreve:

“O serviço de convivência e fortalecimento de vínculos trata-se de um serviço da proteção social básica e do SUAS, é um dos principais serviços que acontecem do CRAS. Aqui em Sobral nós temos 6 CRAS. Esse serviço, é realizado em grupos, de acordo com os ciclos, de 0 a 6, de 7 a 14, de 15 a 17, tem o ciclo da pessoa adulta e do idoso. Esse serviço busca complementar o trabalho social, com as famílias, ele previne a ocorrência de situação de risco social, tem um caráter preventivo, protetivo e proativo, fortalece as relações de família e comunidade. Eles têm encontros semanais. (Participante B)”.

Ao verificarmos as ações disponibilizadas pela Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Econômico (STDE), destacam-se a oferta de cursos profissionalizantes, o projeto Jovem Aprendiz, Projeto Ocupa Juventude, Projeto Qualifica Sobral, Jovens Empreendedores Rurais, Estágio Municipal, Bolsa Universitária de Sobral, Bolsa Atleta de Sobral, Projeto Municipal de Protagonismo Juvenil e Sobral Empreendedor.

Estes projetos buscam criar oportunidades de inclusão social e profissional para adolescentes e

jovens, estimulando-os através do desenvolvimento de competências, por meio de formação técnica e profissional, além da inserção no mercado de trabalho. O projeto Jovem Aprendiz nasce através da criação de políticas públicas que atuam na inserção do jovem no mercado de trabalho, sem prejuízo aos estudos, através da Política de Aprendizagem Profissional, implementada por meio da Lei de Aprendizagem nº 10.097/2000²⁸.

Com vistas a propiciar qualificação e aprimoramento profissional aos jovens na faixa etária de 16 a 29 anos, a Secretaria executa o programa Ocupa Juventude, que disponibiliza cursos de capacitação, qualificação e profissionalização, bem como atividades de iniciação profissional. Dentre os projetos executados, cita-se os projetos Capacita Sobral, Qualifica Sobral, Inova Sobral, Jovens Empreendedores Rurais, Estágio Municipal, Robótica Educativa, Projeto Municipal de Protagonismo Juvenil, dentre outros²⁹.

Como estratégia principal da Secretaria da Segurança Cidadã, destacou-se o Projeto Jovem Guarda, que foi implementado desde 2018 como integrante do programa Ocupa Juventude. O projeto aborda as temáticas de desenvolvimento humano, profissional e cívico, cidadania, direitos e deveres, cultura de paz, atividade física e arte. Ademais, são disponibilizados aos jovens o uniforme e bolsa-auxílio durante a duração do curso, e proporcionam conhecimentos teóricos, vinculados a metodologias ativas e atividades práticas³⁰.

A Secretaria do Urbanismo e Meio Ambiente (SEUMA), apesar de não ter nenhuma ação realizada diretamente a este público, participou do momento por atuar de maneira indireta na disponibilização de ambientes estruturados e disponíveis ao público alvo do estudo, de modo a auxiliar na identificação, espacialização nos territórios e mapeamento de dados que possuam alinhamento à temática para construção de uma política pública.

Ademais, ao atuarem na criação de espaços públicos de socialização e lazer, esta secretaria possui um papel importante na socialização do público adolescente, criando espaços ativos de fomento à cultura, arte, esporte e interação social destes com a comunidade existente a nível local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento das oficinas possibilitou a identificação das estratégias de gestão do cuidado

para prevenção da violência autoprovoçada e dos serviços de proteção e atenção ao adolescente com prática de violência autoprovoçada no município. Desse modo, foi possível discutir de modo a articular o leque de atividades disponíveis para um agir intersetorial e colaborativo no que tange ao cuidado ofertado ao adolescente em situação de violência autoprovoçada.

Este cenário se demonstrou bastante rico, com uma diversidade de atividades e estratégias, que englobam desde ações de prevenção, promoção, atenção em saúde, manejo e reabilitação deste público. Isto demonstra que a gestão do município se encontra atenta à relevância da temática, buscando através de suas secretarias, aprimorar seus trabalhos com vistas a mitigar os impactos da problemática.

Importantes contribuições foram feitas durante os momentos de oficina, principalmente no que concerne a divulgação dos serviços existentes na rede que não eram de conhecimento de todos os profissionais e a pactuação interna entre os gestores por meio de parcerias.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). *Preventing suicide: a global imperative* [Internet]; 2002.
- Araújo LD, Vieira KF, Coutinho MD. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico USF* [Internet]. Abr 2010 [citado 25 ago 2023];15(1):47-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-82712010000100006>
- Brasil. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovoçadas no Brasil. 52(33): 1-10, 2021. Disponível em https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2021/setembro/20/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf.
- Brasil. Atlas: Perfil do município de Sobral [Internet]; 2020. Acesso em 25 ago 2023. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2020/perfil/sobral_ce.
- Sobral. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria da Educação. Estudo Longitudinal de Sobral: Sumário Executivo; 2020.
- Ceará. Governo do Estado do Ceará - Vice-Governadoria. Programa Integrado de Prevenção e Redução da Violência PReVio - Estado do Ceará [Internet]; 2020. Acesso em 25 ago 2023. Disponível em <https://www.vicegov.ce.gov.br>.
- Seifer SD. Community-Based Participatory Research for Health: Advancing Social and Health Equity ed. by Nina Wallerstein et al. *Prog Community Health Partnersh* [Internet]. 2019 [citado 25 ago 2023];13(2):219-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1353/cpr.2019.0022>
- Braun V, Clarke V. Using Thematic Analysis in Psychology. [Internet]. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/resolucao-cns-466-12#:~:text=Aprova%20as%20diretrizes%20e%20normas,revoga%20as%20Resolu%C3%A7%C3%B5es%20CNS%20nos>.
- Lima DD, Oliveira EN, França SD, Sobrinho NV, Santos LA, Prado FA. Automutilação e seus fatores determinantes: Uma revisão integrativa. *Res Soc Dev* [Internet]. 31 jul 2021 [citado 25 ago 2023];10(9):e45510918155. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18155>
- Correia CM, Gomes NP, Diniz NM, Andrade IC, Romano CM, Rodrigues GR. Child and adolescent violence: oral story of women who attempted suicide. *Rev Bras Enferm* [Internet]. Dez 2019 [citado 28 ago 2023];72(6):1450-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0814>
- Pimentel FO, Della Mèa CP, Dapieve PN. Victims Of Bullying, Symptoms Of Depression, Anxiety and Stress, and Suicidal Ideation in Teenagers. [Internet] *Acta Colombiana de Psicología* 23(2), 230-240. DOI: <https://dx.doi.org/10.14718/acp.2020.23.2.9>
- Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Díaz-Seijas D, Tapia-López E, Bendezu-Quispe G. Prevalence of suicidal behaviors and associated factors among Peruvian adolescent students. *Medwave* [Internet]. 30 dez 2019 [citado 25 ago 2023];19(11):e7753-e7753. Disponível em: <https://doi.org/10.5867/medwave.2019.11.7753>
- Ronzitti S, Loree AM, Potenza MN, Decker SE, Wilson SM, Abel EA, Haskell SG, Brandt CA, Goulet JL. Gender Differences in Suicide and Self-Directed Violence Risk Among Veterans With Post-traumatic Stress and Substance Use Disorders. *Womens Health Issues* [Internet]. Jun 2019 [citado 25 ago 2023];29:S94—S102. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2019.04.010>
- Silva Júnior JA, Matos SG, Silva LE, Torres AC, Alves DG, Belem LC, Freitas CA, Aragão JM. Vivências de educação em saúde com a juventude: relato de estudantes de enfermagem. *Res Soc Dev* [Internet]. 31

jul 2022 [citado 25 ago 2023];11(10):e276111032648. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32648>

16. Pinto LD. Significados e sentidos do futebol feminino para as juventudes atendidas pela Estação Juventude em Sobral-CE. Sobral, Ceará: Universidade Federal do Ceará, 2022. Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família).

17. Prefeitura de Sobral - Início [Internet]. Prefeitura de Sobral - Prefeitura de Sobral lança edital para o projeto Ação Jovem com bolsas de R\$400; [citado 25 ago 2023]. Disponível em: <https://www.sobral.ce.gov.br/informes/principais/prefeitura-de-sobral-lanca-edital-para-o-projeto-acao-jovem-com-bolsas-de-r-400>

18. Prefeitura de Sobral - Início [Internet]. Prefeitura de Sobral - Vila Olímpica| Prefeito Ivo Gomes inaugura maior complexo esportivo do interior do Ceará; [citado 25 ago 2023]. Disponível em: <https://sobral.ce.gov.br/informes/principais/vila-olimpica-prefeito-ivo-gomes-inaugura-maior-complexo-esportivo-do-interior-do-ceara>

19. Mendes R, Fernandez JC, Sacardo DP. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. Saude Em Debate [Internet]. Mar 2016 [citado 25 ago 2023];40(108):190-203. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080016>

20. Nunes PS, dos Santos RL, Santos F, Vilas Boas J, Rios LS. dos Santos, GS. Grupo de adolescentes: uma experiência educacional na atenção primária em saúde -Bahia- Brasil. Músquedas [Internet]. 12 dez 2019 [citado 25 ago 2023]; 5(5): 1-10. Disponível em: <https://ojs.extension.unicen.edu.ar/index.php/masquedos/article/view/58/67>.

21. Vieira Netto MF, Deslandes SF, Gomes Júnior SC. Conhecimentos e práticas de gerentes e profissionais da ESF na prevenção das violências com adolescentes. Cienc Amp Saude Coletiva [Internet]. Out 2021 [citado 25 ago 2023];26(supl 3):4967-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.25662019>

22. Colato ER. Projeto terapêutico singular em saúde mental: contribuições da terapia ocupacional. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2022. Dissertação de Mestrado em Terapia Ocupacional.

23. Aristides JL, Salvadori TT. A experiência de um centro de atenção psicossocial infanto juvenil regional do interior do Paraná: avanços e desafios na luta antimanicomial” / The experience of a psychosocial care center infantile juvenile and youth regional countryside of southern Brazil: advances and challenges in the anti-asylum”. Braz

J Health Rev [Internet]. 25 ago 2021 [citado 25 ago 2023];4(4):18084-96. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-283>

24. Almeida GN, Freitas CA, Ponte Filho AP, Vasconcelos PR, Ferreira WA, Dos Santos RL, De Araújo MS. Projeto Terapêutico Singular (PTS) e interprofissionalidade: um relato de estudantes do pet saúde. Singular therapeutic project and interprofessionality (PTS) - a report by students from PET health. Saude Em Redes [Internet]. 1 dez 2021 [citado 25 ago 2023];7(2):83-9. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n2p83-89>

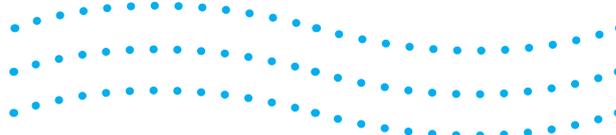
25. Farias RL, Costa SSV, Pereira TA, Silva AM, Brito JR, Barreto MJB. Eu posso te ouvir – I can Her you. Essentia – Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia [Internet]. Jun 2019 [citado 25 ago 2023]; 20(1):62-67. Disponível em: <https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/260>.

26. Secretaria dos Direitos Humanos e Assistência Social - Início [Internet]. Secretaria dos Direitos Humanos e Assistência Social - PAIF; [citado 25 ago 2023]. Disponível em: <https://sedhas.sobral.ce.gov.br/assistencia-social?view=article&id=28>

27. Brasil. Lei nº 10.097, de 19 de Dezembro de 2000, Lei n.º 10.097 [Internet], 19 dez 2000 [citado 25 ago 2023] (Brasil). Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:2000-12-19;10097>

28. Prefeitura de Sobral - Início [Internet]. Prefeitura de Sobral - #OcupaJuventude oferecerá mais de 11 mil vagas em cursos e bolsas neste ano; [citado 25 ago 2023]. Disponível em: <https://www.sobral.ce.gov.br/informes/principais/ocupajuventude-oferecera-mais-de-11-mil-vagas-em-cursos-e-bolsas-neste-ano#:~:text=0%20programa%20#OcupaJuventude%20tem%20como,com%20maior%20rapidez%20e%20qualidade>

29. Secretaria de Segurança e Cidadania - Início [Internet]. Secretaria de Segurança e Cidadania - Alunos do Projeto Jovem Guarda participam de formações voltadas para a mediação de conflitos; [citado 25 ago 2023]. Disponível em: <https://sesec.sobral.ce.gov.br/noticias/principais/alunos-do-projeto-jovem-guarda-participam-de-formacoes-voltadas-para-a-mediacao-de-conflitos?highlight=WyJqb3ZlbSIsImd1YXJkYSIsImpvdmVtIGd1YXJkYSJd>



REPERCUSSÕES DA COVID-19 NO CUIDADO EM SAÚDE DE USUÁRIOS COM DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

REPERCUSSIONS OF COVID-19 ON THE HEALTH CARE OF USERS WITH CHRONIC PAIN IN PRIMARY CARE
REPERCUSIONES DEL COVID-19 EN LO CUIDADO DE LOS USUARIOS CON DOLOR CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Daniela Klunck ¹

Thaís Botelho da Silva ²

Como Citar:

Klunck D, Silva TB. Repercussões da Covid-19 no cuidado em saúde de usuários com dor crônica na Atenção Primária. *Sanare*. 2024; 23 (1).

Descritores:

Dor Crônica; Atenção Primária à Saúde; Covid-19.

Descriptors:

Chronic Pain; Primary Health Care; Covid-19.

Descriptores:

Dolor Crónico; Atención Primaria de Salud; Covid-19.

Submetido:

03/10/2023

Aprovado:

03/04/2024

Autor(a) para Correspondência:

Daniela Klunck
E-mail: danielaklunck@gmail.com

RESUMO

A pandemia da Covid-19 foi um acontecimento que gerou várias repercussões na situação de saúde global, alterando o funcionamento dos serviços de saúde, sobretudo na Atenção Primária à Saúde. Nesta pesquisa, analisou-se o entendimento dos profissionais de saúde da atenção primária acerca do cuidado em saúde de usuários com dor crônica durante o período da pandemia. Trata-se de um estudo qualitativo, retrospectivo e descritivo, realizado de fevereiro a novembro de 2022, por meio de entrevistas semiestruturadas com seis profissionais de saúde das áreas da Fisioterapia, Psicologia, Educação Física e Medicina. Os dados foram analisados com o uso da técnica da análise de conteúdo. Definiram-se quatro categorias analíticas finais: dor crônica, cuidado em saúde de usuários com dor crônica na atenção primária, pandemia Covid-19 e cuidado em saúde de usuários com dor crônica na atenção primária no contexto da pandemia. A partir dos resultados, observou-se que a pandemia da Covid-19 afetou diretamente o bem-estar físico, mental e social de usuários com dor crônica. A gestão do cuidado na atenção primária ficou limitada e muito restrita à abordagem medicamentosa. É necessário refletir o papel dos serviços de saúde no cuidado de usuários com dor crônica para proporcionar uma assistência integral.

1. Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Feevale. Pós-graduada em Atenção Básica pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS). E-mail: danielaklunck@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9923-8451>

2. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRG). Tutora da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS). E-mail: thaisbs.fisio@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8930-3961>

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic was an event that generated several repercussions on the global health situation, changing the functioning of health services, especially in primary health care. In this research, the understanding of primary health care professionals about the health care of users with chronic pain during the pandemic period was analyzed. This is a qualitative, retrospective and descriptive study, carried out from February to November 2022, through semi-structured interviews with six health professionals in the areas of Physiotherapy, Psychology, Physical Education and Medicine. Data were analyzed using the content analysis technique. Four terminal analytical categories were defined: chronic pain, health care for users with chronic pain in primary care, Covid-19 pandemic and health care for users with chronic pain in primary care in the context of the pandemic. From the results, it was observed that the Covid-19 pandemic directly affected the physical, mental and social well-being of users with chronic pain. The management of care in primary health care was limited and very restricted to the drug approach. It's necessary to reflect on the role of health services in the care of users with chronic pain to provide integral care.

RESUMEN

La pandemia de Covid-19 fue un evento que generó varias repercusiones en la situación sanitaria mundial, cambiando el funcionamiento de los servicios de salud, especialmente en atención primaria. Esta investigación analizó la comprensión de los profesionales de atención primaria sobre la atención de salud de usuarios con dolor crónico durante el período pandémico. Se trata de un estudio cualitativo, retrospectivo y descriptivo, realizado de febrero a noviembre de 2022, mediante entrevistas semiestructuradas a seis profesionales de las áreas de Kinesiología, Psicología, Educación Física y Medicina. Los datos fueron analizados mediante la técnica de análisis de contenido. Se definieron cuatro categorías analíticas terminales: dolor crónico, cuidado de los usuarios con dolor crónico en atención primaria, pandemia de Covid-19 y cuidado de los usuarios con dolor crónico en atención primaria en el contexto de pandemia. De los resultados se observó que la pandemia de Covid-19 afectó directamente el bienestar físico, mental y social de los usuarios con dolor crónico. La gestión de la atención en la atención primaria fue limitada y muy restringida al enfoque de medicación. Es necesario reflejar el papel de los servicios de salud en la atención a los usuarios con dolor crónico para brindar una asistencia integral.

.....

INTRODUÇÃO

Dentre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica é considerada a porta de entrada, sendo a ordenadora da rede de atenção à saúde com o objetivo de fornecer uma atenção integral que contemple a maior parte das necessidades de saúde no âmbito individual e coletivo. Para isso, ela abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. O cuidado na APS envolve a estratificação da população por risco e o seu manejo por meio de tecnologias de gestão da clínica, a ênfase no autocuidado apoiado, o alinhamento da atenção com as necessidades de saúde das pessoas usuárias e a completa integração com a Atenção Especializada, por meio da estruturação da rede e dos itinerários terapêuticos^{1, 2, 3}.

Desde que surgiu em 2019, a pandemia da Covid-19, doença respiratória aguda causada pelo

vírus SARS-CoV-2, desencadeou diversas mudanças no cotidiano das pessoas, gerando um esforço mundial para interromper a propagação do vírus, colocando sistemas de saúde à beira do colapso e, ainda, causou um evidente impacto nos sistemas econômicos mundialmente. Porém, as outras doenças e preocupações em saúde continuaram existindo e sofreram efeitos negativos em virtude da pandemia e da limitação dos recursos humanos e econômicos disponíveis nesse período^{4, 5, 6}.

Dentre as condições crônicas que impactam na saúde, a dor é uma das mais prevalentes em todo o mundo, sendo uma experiência sensorial carregada de aspectos emocionais, cognitivos e interpessoais. Nesse contexto, a dor crônica, definida como dor recorrente ou que persiste por mais de três meses, gera um alto custo econômico aos sistemas de saúde visto os gastos substanciais com atendimentos e intervenções, além das licenças médicas e aposentadorias por invalidez. Estudos com a população brasileira identificaram que entre 28% e 40% da população sofre com dores crônicas,

com maior prevalência entre as mulheres, idosos e população com baixo índice de desenvolvimento humano. Além disso, a maioria dos casos é de natureza musculoesquelética, como dor lombar, dor cervical e de articulações. Diante disso, a APS teve uma importante função a cumprir para manter o cuidado em saúde no período de pandemia, uma vez que está inserida na realidade do território e do mundo^{7, 8}.

Este estudo teve, portanto, como objetivo analisar a percepção dos profissionais de saúde da APS acerca do cuidado em saúde de usuários com dor crônica durante o período da pandemia pela Covid-19.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, retrospectivo, do tipo pesquisa descritiva. Foi realizada no período de fevereiro a novembro de 2022, em uma unidade básica de saúde de um município da região da serra gaúcha. O referido município está localizado a 111 quilômetros da capital gaúcha de Porto Alegre e tem uma população estimada de 73.758 habitantes em 2021⁹. A rede de APS do município é composta por 12 unidades básicas de saúde, um centro especializado de saúde, uma equipe de atenção domiciliar e participa do Programa Federal da Academia da Saúde.

Para a execução da pesquisa, escolheu-se uma unidade-escola, campo de um Programa de Residência Multiprofissional, sendo uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no qual atuam residentes de diversos núcleos profissionais e preceptores. A unidade selecionada apresenta uma equipe de saúde da família ampliada, composta por profissionais da equipe mínima e demais profissionais que prestam diferentes apoios no cuidado em saúde.

Foi realizado entrevistas com profissionais da ESF e do núcleo de apoio, de forma a contemplar uma variedade de profissões atuantes nesse âmbito. Incluíram-se os profissionais que, voluntariamente, aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que atenderam ao critério de inclusão de ter atuado desde o início da pandemia (março de 2020) na área da APS.

O método de coleta de dados foi através de entrevista semiestruturada, realizada com base em um roteiro que contemplava questões sobre o termo “dor crônica”, cuidado em saúde de usuários com dor crônica na APS, abordagens de tratamento antes, durante e depois da pandemia pela

Covid-19, prejuízos/benefícios para esses usuários apresentados no período.

Todas as entrevistas foram realizadas de forma presencial, com duração em torno de 10 a 20 minutos, o áudio foi gravado e fielmente transcrito. Os dados foram analisados por meio da técnica da análise de conteúdo, seguindo uma sequência cronológica de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação, que permitiu a identificação de categorias analíticas emergentes ou terminais, definidas a partir das entrevistas¹⁰.

Esta pesquisa é resultado de um trabalho de conclusão de residência, segue os requisitos da Resolução CNS 466/12 e Resolução CNS 510/2016 e foi aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de CAAE 55422822.6.0000.5312. Não há conflitos de interesses e fontes de financiamento nesse estudo.

Para preservar a confidencialidade dos relatos, os nomes foram codificados como Profissional pela sigla P, acrescentado do número de identificação do entrevistado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados seis profissionais de nível superior, das profissões Fisioterapia, Medicina de Família e Comunidade, Psicologia e Educação Física, sendo quatro profissionais da equipe da ESF e dois do núcleo de apoio.

A análise permitiu a identificação de quatro categorias analíticas terminais: dor crônica, cuidado em saúde de usuários com dor crônica na Atenção Primária à Saúde, pandemia Covid-19 e cuidado em saúde de usuários com dor crônica na Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia. A discussão foi estruturada a partir destas categorias, abordadas a seguir.

Dor crônica

Inicialmente, foi questionado sobre o termo “dor crônica” para avaliar a compreensão dos profissionais entrevistados sobre o tema.

A literatura expõe que a dor crônica é uma dor recorrente ou que persiste por mais de três meses, sendo considerada uma experiência multidimensional complexa que afeta a qualidade de vida podendo trazer limitações na funcionalidade, nas atividades laborais e nas interações sociais. Por outro lado, “a dor não é apenas uma resposta a uma lesão, mas uma

interrupção dos sistemas homeostáticos do corpo devido a uma infinidade de fatores que levam ao aumento das respostas ao estresse”⁷. A cronicidade da dor está associada a várias adaptações no sistema nervoso, endócrino e imunológico¹¹.

Do ponto de vista dos profissionais entrevistados, a compreensão do termo dor crônica vai ao encontro do que é apresentado na literatura, conforme representado nas falas dos profissionais da ESF abaixo:

Dor crônica eu entendo como uma dor que está gerando um viés de desconforto, desânimo, mudança de rotina de vida de paciente, mudança de hábitos e algo que modifique a rotina dele, que traga prejuízo tanto emocional quanto físico para esse paciente (P3).

A gente vai considerar uma dor crônica, quando a gente não consegue mais fazer um tratamento da causa base, retirar. A partir do momento que ela se torna uma dor prolongada ou que já cria essa memória de dor, a gente considera uma dor crônica (P4).

É importante destacar que os profissionais abordaram também sobre a questão biopsicossocial da dor crônica, representada conforme a fala a seguir:

A gente entende que a dor crônica ela vai muito além disso. Então é um termo muito abrangente, é um termo muito dinâmico, muito complexo, que engloba todos aqueles pilares da saúde, o bem-estar social, físico e psicológico/emocional (P1).

Na literatura é referido que por ser de caráter multifatorial, “a dor crônica deve ser considerada no contexto do modelo biopsicossocial, que vê os sintomas como resultado de uma interação complexa e dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais”¹².

Cuidado em saúde de usuários com dor crônica na Atenção Primária à Saúde

Diante disso, foi discutido sobre o cuidado em saúde dessa população na APS antes da pandemia. A partir dos relatos, pode-se perceber que não havia uma abordagem de tratamento específica para dor crônica, apesar de ser citado pelos profissionais uma grande demanda desse público.

Referente ao contexto do tratamento, a abordagem medicamentosa foi bastante citada pelos entrevistados. Conforme a literatura, é uma das práticas muito utilizada com estes usuários, sendo um modelo de manejo mais biomédico. Nessa abordagem é feita a prescrição de fármacos para controle da dor, podendo ser multimodal com uso concomitante de vários medicamentos com diferentes mecanismos de ação, desde antiinflamatórios não esteroidais, medicamentos opióides e antidepressivos. Nestes casos, deve ser feita reavaliação contínua, para ajustes de dosagens e adaptações a essa estratégia de tratamento a fim de garantir o controle efetivo da dor^{7, 13}.

No modelo de atenção da ESF, deve-se preconizar ações que possam interferir no processo saúde-doença do usuário, buscando a promoção de saúde. Desta forma, a abordagem não medicamentosa da dor crônica assume uma importância maior no contexto da APS, pois preza uma atuação interdisciplinar que proporciona um tratamento com menores custos e efeitos colaterais. Em contrapartida a isso, a abordagem medicamentosa muitas vezes não é resolutiva isolada e esse usuário torna-se um hiper utilizador do serviço, conforme evidenciado na fala a seguir:

Antes, eu lembro que basicamente a gente, durante muito tempo, insistiu em analgesia, medicação. São pacientes que normalmente utilizavam múltiplos analgésicos, eram hiper frequentadores das unidades, para fazer, daqui a pouco, medicação injetável, corticóide de depósito. Frequentavam múltiplos, vários especialistas, às vezes orto, neuro, o clínico, geriatra, enfim, eram hiper frequentadores, hiper utilizadores do serviço. Muitas vezes a gente não sabe como lidar, como abordar aquele paciente com a dor crônica. Alguns casos tinha um acompanhamento da fisio propriamente dita, mas eu recordo que não havia esse, a gente não utilizava essa diferenciação entre pacientes agudos e crônicos. Era aquele cara com dor que tu ia tentando manejar junto com os demais profissionais, especialistas e outras áreas de acompanhamento. Inclusive a fisio, a psico, muitas vezes entrava na abordagem (P6).

Nesse sentido, a literatura defende que é necessário o apoio de uma equipe multiprofissional

para o cuidado em saúde de usuários com condições crônicas, realizando atendimentos programados e monitoramento dos mesmos. Os atendimentos programados devem contemplar as diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas, prestando a atenção adequada à necessidade do usuário, incluindo as agudizações dos casos, ações preventivas, educacionais e de autocuidado apoiado. No atendimento programado se elabora um plano de cuidado juntamente com a equipe de saúde e o usuário. Conforme o caso, este pode necessitar de um maior cuidado e monitoramento pela equipe de saúde, tendo a co-participação da APS e da Atenção Especializada. Além disso, a manifestação de eventos agudos nestes usuários gera uma demanda espontânea de atendimentos centrada na queixa/sintomas do momento. Porém, uma oferta maior de atenção programada tende a diminuir as agudizações das condições crônicas por ser um modelo mais efetivo de atenção^{2, 3}.

É importante também retratar que muitos usuários buscavam a reabilitação para tratar sua dor crônica, recorrendo ao centro especializado, gerando uma demanda reprimida e se tornando dependentes do atendimento fisioterapêutico. Porém, é necessário repensar o papel dessa abordagem conforme a reflexão trazida por um profissional da ESF:

Será que uma dor que está persistindo por 3 anos, 4 anos, 10 anos, alguns 30 anos, em 20 sessões de Fisioterapia, vocês vão conseguir resolver essa dor crônica?

Nesse contexto, cabe a discussão sobre o itinerário terapêutico deste usuário na rede, de forma que muitas vezes o acompanhamento no serviço especializado não é resolutivo, visto que é importante haver uma continuidade do cuidado e uma interlocução com a APS, para fornecer uma abordagem mais resolutiva e integral da condição de saúde dessa população. Além disso, deve ser revisto o modelo de tratamento da dor crônica no serviço especializado, buscando uma proximidade maior com o modelo mais discutido na literatura hoje, considerando o modelo biopsicossocial. Conforme relatos das entrevistas, o itinerário terapêutico desses usuários não era bem definido, sendo que muitos passavam por vários especialistas e não havia essa interlocução da rede, conforme a fala a seguir:

Eu consulto um pouco, um dia na fisio, o outro volta pro neuro, vai pro orto, vem comigo. Não tinha um serviço junto assim,

compartilhado, cuidado compartilhado. Eu acho que não seja nesse nível assim que a gente consiga integrar toda a rede (P6).

Sobre o panorama do cuidado multiprofissional e interdisciplinar, a atuação dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF AB) é potente para agregar mais áreas de conhecimento e contribuir com intervenções de maior resolutividade. Estes profissionais atuam de maneira integrada e apoiando as equipes de saúde da família, proporcionando a integralidade da assistência. No mesmo panorama de potencializar o cuidado multiprofissional e interprofissional, é importante destacar também a Residência Multiprofissional, sendo citada nas entrevistas pela forma de atuação potente na gestão da clínica ampliada, cuidado compartilhado e longitudinal, ações de prevenção e promoção de saúde¹⁴.

A Residência Multiprofissional esteve presente atuando no município antes e depois do surgimento da pandemia da Covid-19, porém a atuação ficou restrita ao local da unidade-escola. Em relação ao NASF, na época, o município apresentava equipe e após foi descontinuada nesse formato de atuação, sendo ainda mantidos alguns profissionais de apoio. A partir dos relatos dos entrevistados que integraram essa equipe do NASF antes da pandemia, o NASF realizava ações de prevenção e promoção de saúde como grupos nas unidades, eventos e apoio clínico às equipes.

Dentro das atividades realizadas pelo NASF, estão os grupos de práticas corporais, atividade física, lazer e modos de vida saudáveis, que têm o objetivo de diminuir o impacto negativo que a dor causa sobre a qualidade de vida e a funcionalidade destes usuários, repercutindo também na economia de recursos públicos destinados ao tratamento da dor crônica. Essa alternativa de tratamento possibilita aprendizados que reforçam a mudança nos comportamentos, o empoderamento, o autocuidado e gerenciamento de sua própria saúde. Além disso, a abordagem em grupo permite a interação social e troca de experiências, sendo uma forma de aprendizagem significativa por meio do vínculo formado com os usuários^{2, 15}.

Os grupos ofertados antes da pandemia eram promovidos pelo fisioterapeuta ou educador físico, sendo que não eram específicos para dor crônica, mas abertos para toda população como uma forma de atividade motora. Eram realizadas práticas

corporais globais como caminhada, exercícios de mobilidade, flexibilidade, endurance muscular e equilíbrio. Estes grupos eram realizados nos bairros, sendo que o agente comunitário de saúde era uma ferramenta de divulgação nos territórios, além da própria comunidade ser potencializadora desse trabalho. Além disso, os grupos não apresentavam nenhum tipo de educação em saúde e também, por não ser direcionado estritamente ao público com dor crônica, havia uma carência de uma construção de saberes em relação ao entendimento da dor crônica.

Também foi referido nas entrevistas que a abordagem de tratamento tentava englobar os aspectos psicoemocionais. Assim, caso fosse identificado alguma questão de saúde mental, este usuário era encaminhado pelo médico para avaliação psicológica. A atuação da Psicologia acontecia de forma individualizada, não tendo articulação com outros núcleos profissionais, nem com os grupos. O tema da dor crônica ainda carece de maior compreensão e profundidade de estudos por esse núcleo profissional, visto que não é muito explorado o potencial do profissional psicólogo na abordagem de tratamento desses usuários.

Dentro da abordagem não medicamentosa, pode ser citado também as Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS), que são ações desenvolvidas prioritariamente na APS, tendo em vista o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. As PICS são um conjunto de recursos terapêuticos numa perspectiva holística que ressignificam o processo saúde-doença, podendo ser utilizados tanto na recuperação quanto na promoção da saúde. Essas ferramentas são de baixo custo e proporcionam redução da medicalização e empoderamento do usuário em relação ao seu autocuidado^{3, 16}.

Apesar de serem relatadas por alguns profissionais, as PICS não eram muito estimuladas e realizadas como forma de tratamento para esse público, conforme pode ser evidenciado na fala a seguir:

A gente começou a ter esse contato com as PICS, mas sempre ficou meio arrastado, parece que nunca teve um entendimento. Não funcionava (P1).

Pandemia Covid-19

Desde que reconhecida no Brasil, em março de 2020, a pandemia da Covid-19 teve diferentes

momentos conforme a situação sanitária do país. Logo no início, foram suspensas todas as ações e atividades eletivas que englobavam o atendimento a doenças crônicas, sendo direcionados todos os serviços em saúde para urgências/emergências e sintomas respiratórios.

Esse usuário, embora certamente não deixou de sentir dor, ele era orientado a não frequentar a unidade [...] a não trazer esse problema: - agora isso não é uma prioridade, a gente sabe que tu tem dor, a gente sabe que tu tem problema de saúde, mas agora não traz isso. Deixa isso, porque tem coisa mais grave (P6).

Nesse primeiro momento, diminuiu muito o número de consultas e o acesso aos atendimentos em saúde foi limitado. Embora não sejam estimadas quais as consequências reais disso, provavelmente afetou de forma substancial. As queixas que não eram relacionadas diretamente à Covid-19 foram desatendidas, sendo principalmente afetadas as questões subjetivas, como a dor e o sofrimento mental. De forma que, como consequência dessa desatenção por parte dos profissionais de saúde, intensificou ainda mais esse sofrimento. Algumas pesquisas já trazem relatos de piora no quadro de pacientes crônicos durante o distanciamento social, sendo as principais causas apontadas a interrupção dos tratamentos e a falta de atividade física diária. Além disso, há relatos de piora na qualidade de sono e desgaste emocional, como as preocupações com o futuro, medo de sofrer com a Covid-19, insegurança, tristeza e solidão⁴.

O que aconteceu é que a gente surtou, todo mundo surtou um pouquinho ali. Aí foi suspenso grupos, foi suspenso visitas domiciliares e se criou aquela central de 0800, para tentar manejar os profissionais e também dar uma assistência para os usuários (P3).

Assim, muitos profissionais de saúde no município foram direcionados para uma central de atendimento telefônico ou para atendimento direto de casos sintomáticos. À vista disso, os serviços de saúde estavam totalmente com o foco na Covid-19. Sendo que a central de atendimento telefônico foi um recurso criado para agendamento de consultas para pessoas sintomáticas e para orientar a população sobre a pandemia durante esses últimos dois anos.

A gente só pensou Covid, Covid Covid, Covid, Covid e as pessoas começaram a voltar a adoecer dos seus problemas de antes. Continuou existindo, a gente só deixou eles de lado, para pensar só no Covid (P6).

Na verdade parou tudo. [...] O que a gente sabe, é que esses idosos que vinham para os grupos de caminhada, eles ficaram em casa, não saiam. Eles saiam geralmente, se precisava de alguma coisa de urgência. Mas, a maioria ficou em casa e só no caso agravando a doença que já tinha, porque não saía, não fazia nenhum tipo de exercício, não ia até no médico, para ver da diabetes, para ver da pressão, para ver da própria dor. Eu acho que teve muito prejuízo aí com essa parada toda (P2).

Além disso, o período de pandemia provocou modificações no ambiente social, causando mudanças na forma que as pessoas interagem, cuidam de sua saúde e cumprem seus papéis sociais. Essas interações produzem sentimentos de bem-estar e por outro lado, o distanciamento social pode estar associado a sentimentos de solidão, tristeza e ansiedade. Nesse sentido, a condição da dor crônica sofre influência direta destes fatores e a pandemia coloca o indivíduo num maior risco de agudizar em virtude da interrupção da rede de apoio social e relacionamentos¹³.

Influenciou na nossa também, porque a gente também se assustou por alguns momentos, acho que todo mundo na pandemia, não teve alguém que não se desestabilizou por algum momento (P3).

Eu acho que eles foram afetados sim, porque eles tiveram que se isolar em casa, parar a vida social deles (P5).

A Covid-19, tratando-se de uma doença desconhecida, com alto grau de letalidade e a nível pandêmico, fez com que instintivamente, a preocupação das pessoas se dirigisse às recomendações dos serviços de saúde acerca do distanciamento social. Com isso, foi abandonado o cuidado do próprio usuário em relação a sua condição de saúde. Após, de acordo com as entrevistas, com a retomada gradual dos atendimentos eletivos, muitas pessoas não retornaram ao serviço pois ainda se

sentiram inseguras diante do contexto pandêmico. No entanto, vale ressaltar que a ausência de cuidado em relação à dor crônica, não é oriunda apenas da pandemia. Em contrapartida, conforme relato de profissional que atuou na central de atendimento telefônico criada na época para dar assistência à população sobre a Covid-19, não houve busca por orientação nesse canal do serviço para lidar com a queixa da dor crônica:

Não tivemos nenhuma ligação assim querendo saber: Ah minha coluna está doendo, o que eu faço? Porque eu fazia fisioterapia, não sei o que fazer. Não. Acho que as pessoas ficaram tão preocupadas com o Covid que até deram menos importância para o seu joelho (P1).

Cuidado em saúde de usuários com dor crônica na Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia

Em relação ao funcionamento das unidades de saúde da APS, no início da pandemia, em 18 de março de 2020, foi publicada nota técnica do Departamento de Ações em Saúde da Coordenação Estadual da Atenção Básica do Rio Grande do Sul, no qual os atendimentos programáticos deveriam ser suspensos na medida do possível, dando prioridade para atendimento de demandas espontâneas, principalmente de usuários com sintomas gripais. A nota foi baseada em orientações nacionais do Ministério da Saúde, tendo esse cenário reproduzido em todo o Brasil. Com o passar do tempo, algumas atividades rotineiras das ESFs, como vacinação, consultas agendadas e visitas domiciliares foram retornadas com adequações em relação à EPIs e higiene do ambiente. Já os atendimentos em grupos foram totalmente suspensos com uma medida de evitar aglomerações^{17, 4, 18}.

Dessa forma, a partir do relato dos entrevistados, não houve nenhuma ação ou assistência direcionada para usuários com dor crônica na APS neste período. Um profissional referiu que pelo medo da pandemia esses usuários não procuraram o serviço, em contrapartida a outro relato que afirma que esses usuários seguiram buscando atendimento.

Então, o serviço talvez não tenha criado também essas ações porque não teve uma demanda. Não se observou uma necessidade, as pessoas não buscavam consulta ou buscavam um serviço com essas queixas (P1).

Eu sempre percebi que o usuário com dor crônica não foi um usuário que deixou de vir até a unidade. Eu acho que, o que eu percebi, foi que eles mantiveram muito mais o acompanhamento do que paciente hipertenso, diabético. As pessoas que tinham dor crônica, pelo menos para mim, pareciam que seguiam buscando esse atendimento (P4).

Esses usuários ficaram com o acompanhamento em saúde prejudicado devido às várias questões que a pandemia trouxe como a redução de agenda dos profissionais para atendimento dessas demandas, atividades de grupos suspensas, diminuição do convívio social e de atividade física. A principal questão apontada pelos profissionais foi a limitação dos recursos que poderiam ser ofertados dentro da unidade nesse período, repercutindo na dificuldade do manejo desses usuários.

Teve bastante limitação, porque a maioria das coisas que a gente poderia indicar em outros momentos, a gente não pode mais indicar. A gente ficou mais com abordagem medicamentosa. Então a gente ficou muito mais com a abordagem de consultório, que é bem restrita, e todo o resto de hábitos de vida, atividade física, grupo, não foi possível encaminhar lá no início. Então, eu achei que aumentou a busca e limitou muito mais do que a gente pode oferecer de tratamento (P4).

Eu acredito que nem manejaram, acho que ficaram com a dor. Porque, o relato com o retorno, eles dizem: eu podia fazer isso em casa mas não fazia, eu podia ter feito isso mas eu não fazia. Eu acredito que eles permaneceram com a dor (P2).

Desta forma, a dor crônica durante a pandemia sofreu possível aumento da quantidade de casos, da gravidade e da complexidade dos sintomas de dor. As ações educacionais, de prevenção e promoção de saúde da APS foram enfraquecidas e foi reforçada a adoção de antigas práticas hospitalocêntricas em que se prioriza a doença. Ainda, para lidar com a dor, os usuários aumentaram o repouso e o uso de medicamentos^{5, 4}. A abordagem medicamentosa foi a mais citada pelos profissionais como o recurso

utilizado pelos pacientes, conforme as falas abaixo:
O que foi solicitado de renovação de receita de medicação seja para calmante ou seja pra dor é gigantesco (P3).

Vários relatam automedicação. Muitos pacientes relatam que simplesmente aguentavam a dor em casa Alguns recorreram a métodos, digamos, não tradicionais. Outros, retornaram: ah, conheço o chá de não sei o quê, a compressa, a fomentação com a pomada caseira, coisas assim. Muitos trouxeram esses relatos, de conhecimentos assim populares, às vezes coisas que, enfim, alguns relatam inclusive resposta. Eu vejo um aumento de questões religiosas também, vários relataram (P6).

De acordo com Beltrão e autores¹⁹, o uso de chás figurou como elemento notoriamente presente durante a pandemia, sendo uma prática milenar cultural relevante presente em comunidades urbanas e rurais. Em relação à religiosidade e a espiritualidade, segundo Costa et al²⁰, houve um aumento significativo de buscas dos termos oração e prece numa ferramenta de pesquisa na internet para um índice nunca antes registrado. Historicamente, a busca por apoio espiritual e religioso é intensificada em situações de calamidade, sendo um fator influenciador de como as pessoas interpretam e lidam com esses eventos, “promovendo, por exemplo, percepções resilientes e comportamentos de aprendizagem positiva da experiência, amparo para superação da dor psicológica e autoconfiança em meio às adversidades, impactando na qualidade de vida dos sujeitos”²⁰. Portanto, essas práticas constituíram meios de cuidado durante o período da pandemia. Desta forma, torna-se importante essa interlocução com os saberes tradicionais para a construção de práticas de cuidado em saúde integrais.

Uma das opções de tratamento que surgiram foi o telessaúde, como uma forma de cuidado remoto minimizando risco de contágio. Porém, é difícil estimar até que ponto essa tecnologia foi utilizada na APS para abordagem com pacientes com dor durante a pandemia^{4, 21}. A partir do relato dos profissionais entrevistados, o Agente Comunitário de Saúde realizava contato por meio de mensagens e ligações para realizar o acompanhamento desses usuários à distância. Além disso, pela central de atendimento

ao telefone foi disponibilizado também atendimento psicológico. Quando surgia uma demanda de saúde mental, havia uma tabela de psicólogos voluntários no qual poderia ser agendado atendimento via telefone. Todavia, conforme relatos das entrevistas deste estudo, isso não se estendeu por muito tempo por não haver adesão por parte dos usuários.

Em relação à Fisioterapia, foi instituído que alguns fisioterapeutas do município fossem direcionados para as unidades de saúde, realizando atendimentos clínicos em sala própria da unidade. Essa reformulação do serviço teve objetivo de diminuir aglomerações no Centro Especializado de Fisioterapia, devido às restrições de pacientes por metro quadrado. Assim, foi elencado os bairros com maior público para receber estes profissionais, proporcionando o atendimento especializado descentralizado e mais próximo do usuário.

Com o passar do tempo, alguns usuários começaram a pedir o retorno dos grupos que eram promovidos anteriormente a pandemia. O acompanhamento por esse tipo de abordagem poderia diminuir o número de consultas pela queixa de dor crônica. Porém, em contrapartida, muitos usuários apresentaram resistência para retornar a essas atividades, seja por insegurança ou por ter se acomodado com a situação de inatividade.

Eles pediram muito o retorno dos grupos. E eles gostam, eles aderem bastante. Eu percebo que todos os usuários que aqui são acompanhados pelos grupos de atividade física, acaba sendo muito mais resolutivo (P4).

Acho que agora, eles estão voltando com uma resistência um pouquinho maior, porque acho que querendo ou não também eles acabaram se acomodando e a não ser que tu tem algo muito específico, que tu precise muito, eles não vêm (P5).

De acordo com Mendes²¹, após a fase crítica da pandemia, aos poucos foi sendo retomada a atenção a condições crônicas, sendo necessário o redesenho dessas estratégias de cuidado em saúde. O conteúdo das entrevistas também apresentou resultados semelhantes, no qual foi citado pelos profissionais o aumento da procura de atendimento para tratamento da dor crônica.

Muita gente começou com dor crônica por esse período de repouso forçado durante a

pandemia [...] Eu comecei a receber muito mais queixa de dor crônica de adulto jovem, adolescente, criança, justamente porque eram populações que viviam muito ativas e começaram a ficar só sentadas dentro de casa (P4).

Por meio da consulta médica, esses usuários foram encaminhados para Fisioterapia, criando uma ampla lista de espera. Como ainda estava reduzido o número de atendimentos pela especialidade, se estudou essa lista de espera e do porquê essas pessoas estavam sendo encaminhadas. Desta forma, foi necessário redirecionar esses usuários, visto que muitos estavam há bastante tempo tratando aquela mesma dor no centro de reabilitação. Isso incentivou uma reformulação do serviço para possibilitar uma assistência para esses usuários, sendo criados grupos específicos de dor crônica promovidos pela Academia da Saúde no município. A partir disso, os encaminhamentos para Fisioterapia que apresentam diagnóstico de dor crônica, são regulados e direcionados diretamente para esses grupos.

Mas, os grupos que eu acompanho a maioria das pessoas não têm conhecimento sobre o manejo da dor crônica. Eles vêm com aquela ideia de que eles têm um joelho doente, uma coluna doente. [...] Então elas chegam na consulta com essa queixa de dor musculoesquelética, então o médico vê lá o exame de imagem e fala que a coluna tem bico de papagaio, que tem hérnia. Então, elas entendem que aquilo é uma doença. Então, elas se sentem adoecidas por uma questão de envelhecimento (P1).

Cabe destacar que os profissionais de saúde carecem de uma visão mais ampla do contexto biopsicossocial da dor crônica, sobre o ponto de vista da funcionalidade e qualidade de vida, sobre a educação em dor para esse usuário, como orientações ao manejo da dor, o uso dos conhecimentos tradicionais, entre outros recursos. O tratamento ainda fica muito restrito a abordagem medicamentosa e a reabilitação.

Alguns dos grupos que eu acompanho já vem se apropriando, muitos em 10 encontros entenderam que precisam ir para uma academia de musculação, que precisam ir fazer yoga, pilates, caminhada, que tem que voltar pro bailinho dançar né, que tem

que conversar com o familiar para resolver os tensionamentos no domicílio para tentar melhorar o ambiente social e com menos hostilidade, para de repente quebrar aquele ciclo de dor. Então, alguns já entenderam que não é uma coisa muito pontual, não é lá fazer choquinho no joelho que vai resolver a dor no joelho. Talvez o choquinho ajude, mas eu preciso de um monte de outras coisas para resolvê-los. Mas, muitos não entenderam isso ainda, mesmo recebendo a informação. Eles ainda estão engessados naquela crença de que eu tenho meu joelho doente (P1).

Mendes²¹, cita o termo de “terceira onda da Covid-19” no qual, justamente é consequência da diminuição ou cessação do cuidado a outras condições de saúde, em função da priorização das intervenções relativas à pandemia da Covid-19. Sendo que muitas atividades importantes na APS e na Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar foram descontinuadas ou paralisadas, levando ao adiamento de várias ações e cuidados em saúde, repercutindo numa maior morbidade e mortalidade em geral. Na percepção dos profissionais entrevistados, as doenças crônicas em geral sofreram grandes prejuízos em relação ao seu cuidado, sendo que usuários com obesidade, diabetes, hipertensão, entre outras doenças crônicas, sofreram repercussões negativas em sua situação de saúde por falta desse acompanhamento.

Os profissionais referiram que o usuário de dor crônica é um paciente ainda muito dependente do cuidado disponibilizado pelo profissional de saúde, sem uma proatividade e iniciativa de autocuidado, talvez pela questão emocional, da necessidade de uma escuta, de um apoio externo. Nesse sentido, eram usuários que normalmente frequentavam o serviço e buscavam o apoio na rede, nem que seja na escuta, seja na consulta ou até mesmo a conversa na sala de espera e a pandemia impossibilitou isso, pois houve um afastamento desses usuários das unidades, não havendo mais um contato tão próximo.

Eles ficaram sem o grupo duas semanas, voltou a dor, não fizeram mais nada, não procuraram mais nada, mesmo tendo recebido o material informativo, orientação, encontros, conversas. Ainda muito dependentes do profissional, do jaleco que está atendendo (P1).

Eu acho que a gente é mais um apoio pra ele sabe, de alguém que olha com olhar carinhoso, cuidadoso, uma escuta (P3).

Um dos fatores mais afetados pela pandemia foi a saúde mental, sendo um dos prejuízos mais citados pelos entrevistados para o usuário de dor crônica. O isolamento social repercutiu no convívio em sociedade, na afetividade, no contato entre as pessoas, interferindo de forma direta na dor crônica pela questão psicoemocional²².

Eu acho que ele foi mais prejudicado no sentido talvez mais psicológico do que motor, porque ele não tinha onde se apoiar e a gente sempre é para eles um acalento (P3).

As pessoas vieram bem mais fragilizadas [...] Eu acredito que ficou bem pior do que era e mais difícil de manejar hoje, porque tem uma questão de saúde mental deles também que está bem mais marcante (P1).

Quando eles retornaram, eles se queixaram porque estavam muito em casa, porque não tinham mais contato com ninguém. Outros até voltaram desmotivados a retornar para as atividades que eles faziam. [...] Não tem mais vontade de sair na questão do lazer, de passeios, de uma forma geral. Acho que muita coisa acabou se perdendo ali. Eles ficaram mais vulneráveis também (P5).

Eu acho a afetividade sabe, [...] é o chegar e te dar um abraço: e aí como é que tu tá? [...] É essa toda a diferença da dor, é o contato do profissional com o usuário que está vindo ali no teu grupo. [...] Tem alguns que só tem esses grupos, para sair de casa, para conversar. Que nem eu digo, o exercício é importante, é, ele é importante, mas a gente precisa ter o contato com outra pessoa. [...] A falta de uma conversa sabe, a falta do abraço, muita gente voltou com depressão, muita gente voltou com mais dor do que quando estava no grupo (P2).

De acordo com os relatos, houve um aumento dos encaminhamentos de doenças de saúde mental como ansiedade e depressão. O manejo dessa demanda foi da mesma forma como era realizada antes da pandemia, através de atendimentos psicológicos individuais. Pelo alto número de encaminhamentos,

há uma demanda reprimida crescente desse serviço. Nesse contexto, a saúde mental é um dos pilares muito importantes do cuidado em saúde de usuários com dor crônica. Com isso, é importante a abordagem dessa temática nos grupos de dor crônica, tendo a presença do profissional psicólogo, possibilitando assim uma melhor compreensão do contexto da dor nessa população e proporcionando uma assistência mais integral em saúde²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa respondeu ao objetivo proposto de analisar o entendimento dos profissionais de saúde da APS acerca do cuidado em saúde de usuários com dor crônica durante o período da pandemia pela Covid-19. A partir desse estudo, é possível constatar que a pandemia da Covid-19 afetou diretamente no bem-estar físico, mental e social de usuários com dor crônica. Dentre os principais resultados, cabe destacar o impacto da pandemia na saúde mental desses usuários. O isolamento social repercutiu negativamente no convívio em sociedade, na afetividade, no contato entre as pessoas, interferindo de forma direta na dor crônica na dimensão psicoemocional.

Em relação à gestão do cuidado na APS, este ficou limitado e muito restrito à abordagem medicamentosa, em virtude também desse nível de atenção não ter sido priorizado e valorizado nesse momento pandêmico. Observa-se uma fragilidade na reorganização dos processos de trabalho e falta de clareza quanto ao papel desse nível assistencial no contexto da pandemia.

Há dificuldades em oferecer alternativas de tratamento e enfrentamento da dor crônica, pois há carência de reflexão e formação em saúde que dêem ênfase ao tema proposto. Nesse sentido, há a necessidade de refletir o papel dos serviços de saúde no cuidado de usuários com dor crônica, de modo a buscar uma forma de abordagem que garanta a integralidade da assistência, para que esse usuário tenha uma vida mais funcional, ativa e independente. Além disso, é necessário haver o incremento de ações de autocuidado apoiado e responsabilização do usuário sobre sua condição de saúde, assim como o fortalecimento das redes de apoio.

Os profissionais fisioterapeuta e psicólogo, por sua vez, podem estar atuando nestas equipes da ESF, compartilhando seu saber e enriquecendo a atuação nas linhas de cuidado em saúde para pessoas com

dor crônica na APS. Sugere-se a realização de mais pesquisas sobre o tema, sobretudo entrevistando usuários de dor crônica, para melhor entendimento da forma que a pandemia do Covid-19 repercutiu no cuidado em saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Cabral ERM, Melo MC, Cesar ID, Oliveira REM, Bastos TF, Machado LO, et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. *InterAm J Med Health* [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 21];3:1-12. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/44753>
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
3. Brasil. Cadernos de Atenção Básica - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
4. Carrillo-de-la-Peña MT, González-Villar A, Triñanes Y. Effects of the COVID-19 pandemic on chronic pain in Spain: a scoping review. *Pain reports* [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 15];6(1), e899. Disponível em: https://journals.lww.com/painrpts/fulltext/2021/01000/Effects_of_the_COVID_19_pandemic_on_chronic_pain.20.aspx?context=LatestArticles
5. Seixas CT, Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santo TB do E, Slomp Junior H, Cruz KT da. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. *Interface* [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 20];25:e200379. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200379>
6. Moura DL, Dias A, Farinha PM, Farinha JM, Cordeiro CR. Sequelas da COVID-19 Evidência Atual. *Rev Medicina Desportiva* [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 15];12(3):8-11. Disponível em: https://doi.org/10.23911/COVID-19_sequelas_2021_mai
7. El-Tallawy SN, Nalamasu R, Pergolizzi JV, Gharibo C. Pain management during the COVID-19 pandemic. *Pain and Therapy* [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 15];9(2):453-466. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32840756/>
8. DeSantana JM. O que falar sobre pacientes com dor durante e após a pandemia por COVID-19? *BrJP* [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 15]; 3:292-293. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/6rrlC8gxWfVTjM9g6xqxr5d/?lang=pt>
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.

10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
11. Puntillo F, Giglio M, Brienza N, Viswanath O, Urits I, Kaye AD, et al. Impact of COVID-19 pandemic on chronic pain management: Looking for the best way to deliver care. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 15];34(3):529-537. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521689620300562>
12. Clauw DJ, Häuser W, Cohen SP, Fitzcharles MA. Considering the potential for an increase in chronic pain after the COVID-19 pandemic. *Pain* [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 15];161(8):1694-1697. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32701829/>
13. Karos K, McParland JL, Bunzli S, Devan H, Hirsh A, Kapos FP, et al. The social threats of COVID-19 for people with chronic pain. *Pain* [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 20];161(10):2229-2235. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7382418/>
14. Alvarenga M, Bohusch G, Coutinho F, Fiuza A, Lourenço L, Magalhães B. Dor crônica na Atenção Primária à Saúde: a assistência integral aos usuários. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2017 [cited 2022 Sep 15];7(1):43. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/369>
15. Bartz PT, Bueno AF. Grupo da coluna na atenção básica. *Cad. Edu. Saúde e Fis.* [Internet]. 2015 [cited 2022 Oct 10];2(3):53-65. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2358-8306.v2n3p53>
16. Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saúde debate* [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 20];43(123):1205-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912318>
17. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenação Estadual da Atenção Básica. *Recomendações para a organização interna das equipes de Atenção Básica do RS frente à pandemia do COVID-19*. Nota técnica, 18 de março de 2020. Porto Alegre: SES-RS, 2020. [home-page on the Internet]. [cited 2022 Sep 20] Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/20113310-nota-tecnica-orientativa.pdf>
18. Soares CSA, Fonseca CLR. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. *JMPHC* [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 20];12:1-11. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/998>
19. Beltrão ICSL, Cavalcante VO, Santos KV, Sousa FC, Batista CAS, Silva LG, et al. Projeto de extensão Mais chá, por favor: foco na educação em saúde durante a pandemia. *Revista de Extensão da URCA* [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 20];1(1):91-97. Disponível em: <http://revistas.urca.br/index.php/reu/article/view/75>
20. Costa L, Ximenes B, Dutra J, Fonseca J, Martins A. Religiosidade e Espiritualidade no Enfrentamento à Pandemia de COVID-19: Revisão Integrativa. *Revista de Psicologia da IMED* [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 20];14(1):157-175. Disponível em: <https://seer.atitus.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/4511>
21. Mendes, EV. *O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível*. Brasília: Conass; 2020.
22. Medeiros FDAL, Freitas EPS, Medeiros ACT, Medeiros FAL. Reflexões sobre o enfrentamento da dor crônica durante a pandemia da COVID-19. *Editora ABEn* [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 20];3(5):108-113. Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.21.e05.c16>



OBESIDADE INFANTIL SOB A ÓTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA INTERVENÇÃO EM SAÚDE

CHILDHOOD OBESITY FROM A PRIMARY CARE PERSPECTIVE: A HEALTH INTERVENTION
LA OBESIDAD INFANTIL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: UNA INTERVENCIÓN SANITARIA

Francisco dos Santos Paiva Júnior ¹

Karine da Silva Oliveira ²

Como Citar:

Junior FSP, Oliveira KS. *Obesidade Infantil sob a Ótica da Atenção Primária: Uma Intervenção em Saúde*. Sanare. 2024; 23(1).

Descritores:

Obesidade infantil; Avaliação nutricional; Antropometria; Educação permanente; Interoperabilidade da informação em saúde.

Descriptors:

Childhood obesity; Nutritional assessment; Anthropometry; Permanent education; Interoperability of health information.

Descritores:

Obesidad infantil; Evaluación nutricional; Antropometría; Educación permanente; Interoperabilidad de la información sanitaria.

Submetido:

30/05/2024

Aprovado:

20/06/2024

Autor(a) para Correspondência:

Francisco dos Santos Paiva Júnior
E-mail: junio-pc@hotmail.com

RESUMO

A obesidade infantil (OI) é um desafio em saúde pública, caracterizada como doença crônica multifatorial, com riscos em todas as fases de vida. O objetivo desta pesquisa foi contribuir para a organização da atenção e o cuidado em saúde às crianças com obesidade em um Centro de Saúde da Família (CSF) no município de Sobral/CE. Trata-se de uma pesquisa intervenção, com abordagem descritiva e qualitativa, realizada entre junho e novembro de 2022, através de quatro oficinas de Educação Permanente em Saúde (EPS) sobre OI, antropometria da criança e seus registros. Dentre as limitações tivemos transferências de alguns profissionais, dificuldades de compreensão sobre conteúdos, manejo dos códigos do sistema e falta de foco em alguns momentos das oficinas. Entendeu-se que as oficinas de EPS tiveram um impacto positivo, observando as avaliações realizadas sobre os saberes antes e após a intervenção, aspecto relevante para o fortalecimento e ressignificação das ações de registro na prática. Do mesmo modo, serviram de espaço ampliado às reflexões acerca do fortalecimento da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde.

1. Especialista em Saúde da Família. Preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia/Ceará. E-mail: junio-pc@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0465-2623>

2. Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: kariineoliveira01@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7278-2484>

ABSTRACT

Childhood obesity (CO) is a public health challenge, characterized as a multifactorial chronic disease with risks at all stages of life. The aim of this study was to contribute to the organization of health care for children with obesity in a Family Health Centre (FHC) in the municipality of Sobral, Ceará. This is an intervention study, with a descriptive and qualitative approach, carried out between June and November 2022, through four Permanent Health Education (PHE) workshops on OI, child anthropometry and their records. Among the limitations were some professionals' transfers, difficulties in understanding the content, handling the system's codes and a lack of focus at some points during the workshops. It is understood that the EPS workshops had a positive impact, based on the evaluations carried out on knowledge before and after the intervention, a relevant aspect for strengthening and re-signifying recording actions in practice. In the same way, they served as an expanded space for reflections on strengthening Food and Nutrition Surveillance in Primary Health Care.

RESUMEN

La obesidad infantil (IC) es un desafío de salud pública, caracterizada como una enfermedad crónica multifactorial con riesgos en todas las etapas de la vida. El objetivo de esta investigación fue contribuir para la organización de la atención a la salud de niños con obesidad en un Centro de Salud de la Familia (CSF) del municipio de Sobral, Ceará. Se trata de un estudio de intervención, con abordaje descriptivo y cualitativo, realizado entre junio y noviembre de 2022, a través de cuatro talleres de Educación Sanitaria Permanente (EPP) sobre OI, antropometría infantil y sus registros. Entre las limitaciones se encontraron algunos traslados de profesionales, dificultades en la comprensión de los contenidos, manejo de los códigos del sistema y falta de focalización en algunos momentos de los talleres. Se entiende que los talleres de EPS tuvieron un impacto positivo, a partir de las evaluaciones realizadas sobre los conocimientos antes y después de la intervención, aspecto relevante para fortalecer y resignificar las acciones de registro en la práctica. Asimismo, sirvieron como un espacio ampliado de reflexión sobre el fortalecimiento de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional en la Atención Primaria de Salud.

.....

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) o sobrepeso e a obesidade silenciosamente vêm ganhando destaque como desafios a serem enfrentados pela saúde pública, mesmo havendo ainda demandas nos cuidados voltados às carências nutricionais, à fome e à desnutrição, reflexos da industrialização e da comercialização de alimentos processados e ultraprocessados¹.

A Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) determina como sobrepeso a elevação de peso corporal exclusivo. A obesidade é uma doença crônica não transmissível (DCNT) multifatorial, trazendo ao portador alto volume de gordura corporal e riscos de novas doenças².

No estado do Ceará, o panorama do mesmo público avaliado no mesmo período apresenta que, dentre os menores de 2 anos, 26,5% estão acima do peso e 11,8% com obesidade; na faixa etária de 2 a 4 anos, 20,1% tem excesso de peso e 9,5% obesidade; e dentre as crianças com idade entre 5 a 9 anos, 36,3% apresenta excesso de peso e 17,6% obesidade. O Ceará aparece entre as três maiores prevalências a

nível de comparação entre os estados do país³.

Assim, a obesidade carece de uma atuação multiprofissional qualificada para o melhor manejo e cuidado na APS. Partindo das características de acompanhamento voltados à epidemiologia da obesidade infantil, pode-se destacar os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) como fortes aliados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Básica (AB), pois colaboram inovando em prol da redução dos custos, planejamento e com a promoção do cuidado⁴.

Por isso, a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), através de seus códigos, junto ao SOAP, vem sendo utilizada na saúde pública, pois dá condições para os profissionais analisarem a necessidade do atendimento realizado aos usuários e o associar com o tratamento clínico individualizado voltado ao modelo biopsicossocial⁵.

De acordo com o panorama apresentado, este estudo traz reflexões a partir da vivência do pesquisador no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), onde se pôde percalços sobre a dimensão compreensiva desse cenário e uma fragilidade no manejo de registro e diagnóstico de

dados antropométricos junto aos relatórios SISAB e e-SUS AB PEC.

Em decorrência, identificou-se uma fragilidade na condução de ações, que impactam no acompanhamento epidemiológico da obesidade infantil neste território. Do mesmo modo, justificase à necessidade deste estudo o intuito de agregar valor para os profissionais da APS quanto ao conhecimento antropométrico para a correta interpretação dos dados, seu registro e utilização do SOAP, dentro do e-SUS AB PEC, junto a CIAP, identificando corretamente a obesidade infantil como condição crônica.

Com isso, temos a Educação Permanente em Saúde (EPS) conforme destacado por Ceccim como política destinada a promoção de ações, diante de problemáticas no cotidiano dos serviços⁶.

Assim, a relevância desta pesquisa encontra-se em uma lacuna nas bases científicas acerca da importância da qualificação dos profissionais sobre este conhecimento e prática específica, que gera erros nos registros e, conseqüentemente, na identificação e nos cuidados da obesidade infantil como condição crônica. Por este motivo, fez-se necessária a elaboração desta pesquisa intervencionista, no qual foram realizadas metodologias ativas em oficinas com caráter de EPS, com profissionais das equipes de ESF de um CSF do interior do Ceará, objetivando transformação e aperfeiçoamento nas práticas em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa intervenção, na qual se desenvolveu por meio de uma abordagem descritiva e quali-quantitativa. A intervenção ocorreu entre os meses de junho a novembro durante o ano de 2022, no Centro de Saúde da Família (CSF) Dr. Antônio de Pádua Neves, do bairro Vila União, que compõe a rede de Atenção Primária à Saúde do município de Sobral estado do Ceará.

Participaram da intervenção os profissionais da equipe mínima de saúde da família: 02 médicas, 02 enfermeiras, 03 técnicas/auxiliares de enfermagem e 10 ACS's, totalizando 17 profissionais. A amostra dos participantes seguiu os seguintes critérios de inclusão: profissional atuante no CSF que constitui o cenário do estudo e que esteja regularmente cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) estabeleceu-se anuência de participação voluntária na pesquisa,

registrada através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Assim, frente ao delineamento da problematização referente as condutas relacionadas aos dados antropométricos, sua utilização para diagnóstico e registro nos sistemas de informação, houve a articulação para realização de um apanhado epidemiológico, prévio a intervenção, conforme a liberação das instâncias éticas para realização da pesquisa, seguindo-se após liberação do município via termo de autorização para uso de dados em documentos.

Diante disso, conseguiu-se realizar a elaboração do panorama inicial sobre dados antropométricos nos relatórios epidemiológicos de monitoramento, manejo e diagnóstico de obesidade infantil no CSF no sistema da unidade. Do mesmo modo, foram observadas possíveis dificuldades dos profissionais durante esse processo de identificação, manejo e atenção à saúde do público infantil com esse perfil no território.

Então, posteriormente a liberação para uso de dados em documentos foram consultados os dados de acompanhamento das condições crônicas acompanhadas na unidade por meio do sistema e-SUS AB PEC. Assim, realizou-se com cuidado o levantamento prévio de dados epidemiológicos por meio de relatório de filtragem das condições crônicas, através da classificação nutricional de obesidade na APS (CIAP T82), marcado o campo de faixa etária de crianças (0 a 10 anos), direcionando essa investigação para o perfil da pesquisa.

Assim, diante da rotina de aferição e registro de peso e altura neste sistema, por meio da demanda programada e espontânea da unidade, realizou-se este apanhado, apontando o real cenário da qualidade dos registros e diagnósticos contidos no sistema, pois segundo observação da realidade poucos usuários (crianças) vinham sendo identificados e classificados corretamente como obesos, mesmo sendo realizadas as aferições e registros de rotina de peso e altura.

Já a EPS caracteriza-se por ser uma prática de produção e compartilhamento de conhecimento vinculado ao cotidiano do trabalho. Constitui-se a partir de problematizações e processos significativos. Além de permitir o desenvolvimento de saberes técnicos, é uma proposta político-pedagógica que viabiliza processos de educação, que visa promover a integralidade, a humanização e a cidadania de todos os atores envolvidos no SUS⁷.

As oficinas tiveram sua disposição metodológica, de planejamento e execução ao longo de quatro momentos junto aos profissionais que atenderam aos critérios de inclusão do estudo, bem como assinaram a anuência de aceite para participar da pesquisa, ocorrendo durante as reuniões mensais da unidade de saúde, conforme roteiro abaixo disposto na tabela abaixo.

Tabela 1 – Roteiro das oficinas de intervenção em caráter de EPS.

OFICINA 1: Apresentação da Pesquisa e discussão sobre obesidade infantil	
LOCAL: CSF Vila União, durante as rodas de equipe mensais.	
MODERADOR: Nutricionista (pesquisador)	PERÍODO: Junho de 2022
OFICINA 2: Antropometria Infantil 0 a 10 anos (Menino e Menina)	
MODERADOR: Nutricionista (pesquisador)	PERÍODO: Julho de 2022
OFICINA 3: Sistema de Informação em Saúde (e-SUS AB PEC) e CIAP	
MODERADOR: Nutricionista (pesquisador)	PERÍODO: Setembro de 2022
OFICINA 4: Oficina Avaliativa	
MODERADOR: Nutricionista (pesquisador)	PERÍODO: Novembro de 2022

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Para interpretar os dados e compreender os significados veiculados pelas falas dos participantes durante as oficinas foi utilizada a técnica de análise na modalidade temática, de Minayo⁸, considerada apropriada para investigações qualitativas em saúde⁸.

Esta pesquisa intervencionista seguiu os protocolos éticos para pesquisa com seres humanos conforme as exigências éticas e científicas fundamentais, descritas pela Resolução 466/12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as quais discorrem acerca das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Sendo também aprovado pela Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral (SMS) conforme parecer nº 0035/2022 e, posteriormente, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), plataforma Brasil, através do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nº 5.406.007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir está ilustrada de forma sintética a avaliação qualitativa da intervenção. A primeira oficina disparou discussões iniciais relacionadas à EPS, sua valorização da pluralidade, diversidade dos saberes, produção de conhecimento inseridos nas organizações de saúde, sobre a obesidade infantil, medidas corporais, antropometria e sua relação com condições precoces de deficiências nutricionais e doenças em crianças⁹. Do mesmo modo, foram abordadas as relações entre praticidade de compra e consumo na atualidade de alimentos industrializados, especialmente, no contexto visualizado no território.

Esta primeira etapa corroborou com os achados de Victorino *et al.*¹⁰, em seu estudo sobre enfrentamento da obesidade infantil no contexto da APS, pois embasamos o crescente número de indivíduos com perfil de obesidade com os valores nacionais, especialmente, os do público infanto-juvenil. Mundialmente é estimado um quantitativo de 41 milhões de crianças, com idade inferior a cinco anos, apresentando estado nutricional de obesidade, apontando-se também destaque para manutenção da mesma na vida adulta¹⁰.

No decorrer dos momentos de roda de conversa algumas ACS's observaram que na prática visual e subjetiva existe uma quantidade considerável de crianças que aparentam estar com excesso de peso ou obesidade na área coberta por esta unidade de saúde, conforme podemos contemplar no seguinte relato transcrito:

“Vejo muitas crianças que de olho sei que estão acima do peso, sei que ela não come saudável também, pois só vive com biscoito recheado na boca e refrigerante, não come fruta, mas só sei de olho mesmo dizer que acho, calcular não se não [...]” (ACS 1).

Importante relacionar este relato às evidências, que direcionam tais hábitos de consumo alimentar não saudável a uma deficiência na introdução da alimentação completar dessas crianças. Estes autores apontam também essa forte prevalência como determinante do aumento do consumo infantil de Alimentos Ultraprocessados (AUP) e com a obesidade infantil.

Dentre as dificuldades enfrentadas nesta oficina, notou-se alguns momentos de dispersão dos participantes da pesquisa, especialmente da categoria de ACS's. Devido à ampla conversação

houve dificuldade em se responder ao Questionário de Avaliação Pré-Oficinas (QAPO), culminando em alguns itens com ausência de posicionamento de respostas. Houve também dificuldade na compreensão de alguns termos e palavras relacionadas à área temática do estudo, tanto durante a resolução do questionário de apreensão dos conhecimentos prévios quanto nas oficinas. Assim, a categoria de ACS's necessitou de maior atenção no esclarecimento de dúvidas gerais e durante o registro da avaliação de conhecimentos prévios.

Podemos contemplar um exemplo prático da dificuldade de compreensão nos seguintes relatos transcritos em diário de campo e observados como resposta em alguns dos QAPO:

“Não sei o que significa IMC.” (ACS 3).

“Conheço as tabelas de avaliação das crianças que tem na caderneta, mas esse escore e percentil é novo pra mim [...]” (ACS 8).

“Achei que só a enfermeira podia fazer registro nas tabelas na caderneta e nem que era preciso saber os meses da criança [...]” (ACS 5).

Tais relatos, do mesmo modo que apresentado no estudo de Santos *et al.*⁷, também podem demonstrar uma carência acerca da atenção e vigilância em saúde infantil no serviço público, devido à falta de conhecimento quanto aos conteúdos da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e inabilidade de uso em rotina, características que tendem a repercutir na atenção à VAN e nos registros epidemiológicos em sistemas, pois a CSC é um instrumento indispensável no monitoramento do crescimento, desenvolvimento e estado nutricional da criança.

A abordagem temática da segunda oficina se propôs a agregar e transformar novos saberes e fazeres à rotina e ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde relacionadas com a atenção, cuidado e VAN neste território, especialmente na fase infantil, associada à antropometria e aos riscos da obesidade nesta fase de vida.

Watanabe *et al.*¹³, em seu estudo apontam que, a nível nacional, em meados da década de 70, já era observada demasiada prevalência dos casos de sobrepeso e obesidade no país em todas as faixas de idade. Assim, o Ministério da Saúde (MS) deu início, em 1999, às ações de promoção da saúde de indivíduos com obesidade, por meio da PNAN¹³.

Em 2004 e 2010 foram instituídos o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e as ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), integrando agendas da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN-1999) e Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS-2006). Somente em 2014, com a apresentação do Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes, é que foi disponibilizado material norteador mais específico para o enfrentamento e manejo do excesso de peso e obesidade em crianças¹³.

Assim, para esta oficina, foi elaborado e disponibilizado material de revisão escrito e ilustrado, utilizando-se de bases de conhecimento de referência, elaborados e aprovados pelo MS a serviço das equipes de saúde pública, buscando o fortalecimento das ações da PNAN, junto ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que se aproximem da garantia da SAN e da ampliação estratégica de ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) neste espaço da APS; do mesmo modo, buscando ir de encontro às proposições objetivas desta intervenção quanto ao melhor manejo, registro, vigilância e combate à obesidade infantil.

O olhar sensível dos componentes da equipe, como o nutricionista, pode promover a movimentação em prol de viabilizar diálogo em equipe. Do mesmo modo, movimenta uma janela de problematização e, posteriormente, facilita ações coletivas estratégicas que venham a disparar mudanças educativas nesta organização.

Esta oficina foi uma ocasião valiosa para ampliar as discussões sobre a VAN e compartilhar aspectos referentes a diferentes maneiras de promoção de EAN, bem como, aplicação mais adequada para aferição, registro e interpretação de medidas antropométricas; Tornou-se um espaço potente, que teve a capacidade de sensibilizar os participantes a olhar mais atentamente às questões que podem contribuir para minimizar a ascensão da obesidade infantil e outros riscos à saúde, por meio de ações que reforcem uma vigilância mais qualificada.

Partindo para o conteúdo pedagógico da terceira oficina, levantou-se os casos discutidos na oficina anterior, aplicando-se também novos, em prol de facilitar e construir o saber coletivo sobre os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), Prontuário Eletrônico do Cidadão na Atenção Básica (E-SUS AB PEC) e sua relação com os objetivos

da intervenção.

Fruto da evolução político-tecnológica, o SIS e-SUS AB vem ganhando espaço no cenário de rotina das equipes de APS desde de 2013. O propósito desta atualização é estruturar uma codificação através dos componentes de registro do cuidado pela CIAP-2, sendo estes: o motivo da consulta, o diagnóstico e a intervenção³.

Deste modo, durante a oficina, foi apresentado o contexto histórico da informatização em saúde no SUS, sua evolução, até a utilização da CIAP2 no E-SUS AB PEC. Posteriormente, as discussões continuaram junto à observação e práticas de registros no PEC, até chegarmos às codificações para registro, destacando a aba voltada aos motivos e alterações endócrinas, metabólicas e nutricionais, subseção “outros diagnósticos”, o código T82 (obesidade) e sua ativação como condição crônica no e-SUS AB PEC¹⁴.

Dessa forma, evidenciou-se sempre a importância da compreensão do trabalho em equipe na geração dessas informações, aspectos relevantes na adequada atenção à saúde em prol da vigilância e planejamento estratégicos para combater as iniquidades e agravos em saúde do território, dos quais está incluída a obesidade infantil⁵.

Os profissionais de nível superior e técnico foram os mais implicados neste momento, aspecto que pode ter relação com a maior utilização desta prática de uso dos códigos e roteiro propostos pelo modelo CIAP e E-SUS AB PEC em sua rotina.

Notou-se maior dificuldade de compreensão do modelo CIAP e sua codificação por parte das ACS's, pois estas não manejam estes códigos em seu perfil do sistema e rotina de trabalho, fato que pode ser observado por meio da diferenciação nos seguintes relatos de duas profissionais participantes de diferentes categorias:

“Conheço esses códigos e os que mais uso na minha rotina são os do hipertenso e diabético, pois são ligados ao indicador do previne brasil, porém não entendia tudo isso que você tá trazendo aí [...]” (Enfermeira 2).

“A gente não usa esses códigos nas nossas fichas de produção, só marcamos na folha o que já tem lá [...]” (ACS 5).

Entretanto, todos os participantes demonstraram surpresa diante da apresentação detalhada do modelo Subjetivo-Objetivo-Avaliação-Plano (SOAP)

aplicado pela CIAP2, e seus códigos, diferente da classificação de agravos e patologias em saúde propostos pela CID-10, devido considerar um maior leque das subjetividades de queixas dos usuários.

Assim, despontar estratégias como essas de EPS sobre antropometria e registros voltados a esta condição crônica de saúde promove maior atenção à vigilância e acompanhamento das pessoas com sobrepeso e obesidade contribuindo para adoção de uma postura mais qualificada rumo ao melhor manejo, vigilância e enfrentamento da obesidade, ressaltando a necessidade dos profissionais terem equipamentos e tecnologias para desenvolvimento de tais práticas em sua rotina¹⁴.

Durante esta oficina também buscou-se valorizar o discurso voltado à importância de a APS ser o primeiro contato com os usuários e da equipe estar atenta e preparada em sua amplitude para este encontro. A VAN pode ser praticada durante o acolhimento, na puericultura ou demanda espontânea, a partir da antropometria infantil e utilização adequada do e-SUS AB PEC e CIAP-2 para as avaliações e registros, proporcionando integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado oferecido à criança com sobrepeso e obesidade na APS e demais pontos da rede de saúde⁵.

Finalizando o roteiro de encontros oficinais propostos, chegamos ao 4º e último, sendo realizado durante o mês de novembro de 2022. A proposta final cursou inicialmente em uma breve revisão dos conteúdos, saberes e práticas desenvolvidos ao longo das oficinas anteriores, viabilizada através de algumas metodologias já anteriormente aplicadas.

A adesão à última oficina correspondeu a 81,25% de participação (vale ressaltar a ausência já citada anteriormente de dois profissionais por motivos de transferência). Do mesmo modo, outra profissional entrou de licença maternidade e teve de descontinuar sua participação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento das oficinas de EPS ampliou a compreensão de experiências, saberes e práticas frente às necessidades trazidas pelo estudo. Do mesmo modo, fortaleceu reflexões sobre ações já realizadas na unidade de saúde, referentes à antropometria infantil, registros de dados e obesidade.

A EPS mostrou-se como indispensável para a sensibilização e qualificação dos profissionais frente às dificuldades, colaborando na diminuição

das problemáticas através do compartilhamento interprofissional do saber que este espaço proporcionou. Do mesmo modo, fortaleceu o olhar voltado ao contexto biopsicossocial envolvido nas ações de antropometria e geração de dados, parte importante na VAN na APS, não só na infância, mas em todas as fases de vida.

Assim, mesmo diante da expectativa que as profissionais participantes já dominassem parte dos conhecimentos trabalhados, a demanda de qualificar os saberes sobre antropometria, sistemas, registro e obesidade infantil foi afirmada através das análises dos questionários aplicados antes e após as oficinas.

Dentre as limitações encontradas podemos destacar a rotatividade de profissionais na unidade, algumas dúvidas ainda na compreensão sobre os conteúdos, manejo dos códigos do sistema e falta de foco em alguns momentos das oficinas. Entretanto, notou-se muita potencialidade ao se comparar os questionários pré e pós oficinas, também, observando na realidade a troca de saberes e práticas durante as oficinas entre os participantes.

Então, sabemos que a atenção alimentar e nutricional na APS necessita de fortalecimento constante, especialmente, frente ao contexto da obesidade como problema de saúde pública. Ações que promovam espaços de EPS sobre os conceitos de avaliação do consumo alimentar, antropometria, diagnóstico nutricional, registro, EAN e SISVAN, são estrategicamente muito favoráveis à melhora nos registros e geração de dados que consolidem a VAN nos territórios e no país.

Todavia, observa-se um cenário acadêmico pouco desenvolvido quanto às práticas que favoreçam a efetivação da VAN e que fortaleçam a mesma em ações de rotina nos serviços de APS, como as realizadas nesta intervenção. Diante disso, faz-se necessário ampliar a promoção de ações e pesquisas como esta, a fim de fortalecer a qualificação das equipes de saúde sobre o tema, aspectos necessários ao enfrentamento da obesidade na APS e no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Desigualdade exacerba fome, desnutrição e obesidade na América Latina e no Caribe - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. www.paho.org. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/7-11-2018-desigualdade-exacerba-fome-desnutricao-e-obesidade-na-america-latina-e-no-caribe>
2. Associação Brasileira Para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [internet]. São Paulo: Diretrizes brasileiras de obesidade ABESO, 2016. [citado em 17 dez. 2021] Avaliable from: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>
3. ATLAS DA OBESIDADE INFANTIL NO BRASIL [Internet]. Brasília. [acesso em 24 dez. 2022] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/dados_atlas_obesidade.pdf
4. Bittar OJN, Biczuk M, Serinolli MI, Novaretti MCZ, Moura MMN de. Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. Revista de Administração em Saúde. 2018 Jan 12;18(70).
5. Gusso G. Classificação Internacional de Atenção Primária: capturando e ordenando a informação clínica. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2020 abr 6 [acesso 2021 Dez 24];25:1241-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/h6krV7hxSmyHmfKQR6Q78Kq/?lang=pt>
6. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2004 Jun 1 [acesso 2021 Nov 25];14:41-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/>
7. Souza CZ de, Anton LA, Oliveira MCSL de. Educação permanente em saúde e desenvolvimento adulto: a experiência das oficinas fotográficas de sensibilização do olhar. Gerais (Univ Fed Juiz Fora) [Internet]. 2019 [acesso em 2022 jan 09];338-55. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1006230>
8. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
9. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde RESOLUÇÃO CNRMS No 3, DE 4 DE MAIO DE 2010 Diário Oficial da União; Poder Executivo [Internet]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15449-resol-cnrms-n3-04maio-2010&Itemid=30192
10. Victorino SVZ, Shibukawa BMC, Rissi GP, Higarashi IH. Obesidade infantil: Ações de enfrentamento no contexto da atenção primária em saúde. Revista de Atenção à Saúde [Internet]. 2020 [acesso 2024 Jun 24];18(66). Disponível em: https://www.seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/7101/3267
11. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, Santin R da C, de Medeiros OL, Spaniol AM. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil.

Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2020 abr. 23;44:1. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2020.v44/e39/pt>

12. Almeida, RG Dos S.; Teston, E. F.; Medeiros, A. Fatores associados ao sobrepeso e obesidade infantil | Revista Eletrônica Acervo Saúde. [acervomais.com.br](https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4406/2552) [Internet]. 2020 Set 14; Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4406/2552>

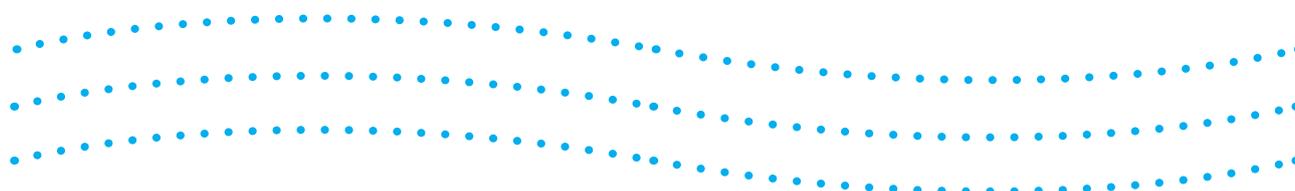
13. Watanabe LM, Delfino BPH, Augusta SPM, Noronha NY, Maria DL, Cintra PAL. Food and Nutrition Public Policies in Brazil: From Malnutrition to Obesity. Nutrients [Internet]. 2022 Jun 15;14(12):2472. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9227558/>

14. Castro, AO. et al. Prevalência da obesidade infantil no Brasil: revisão sistemática e meta-análise. Revista dos Trabalhos de Iniciação Científica da UNICAMP, Campinas, SP, n.27, out. 2019.

15. Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica. Secretaria de Saúde do Município de Sobral-CE. [internet] Sobral. 2020. Relatório da SISAB de controle interno do Centro de Saúde da Família Vila União – Bairro Vila União.

16. Secretaria de Saúde do Município. Coordenação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Sobral. Relatório de estratificação nutricional de indivíduos acompanhados no SISVAN-Web, no município de Sobral-CE, por ciclos de vida, crianças de 0 a 5 anos e de 5 até 10 anos. Sobral-Ceará: 2021.

17. Vieira CL, Silva VB da, Parmejiani EP, Cavalcante DFB, Souza MH do N, Stipp MAC. Community Health Agents and child health care: implications for continuing education. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2022 Apr. 11 [citado 2022 dez. 24];56:e20210544. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/197041>



GINÁSTICA LABORAL COMO PRÁTICA CORPORAL NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO INTEGRAL DO TRABALHADOR DA SAÚDE

OCCUPATIONAL GYMNASICS AS A BODY PRACTICE FROM THE PERSPECTIVE OF COMPREHENSIVE CARE FOR HEALTH WORKERS
LA GIMNASIA LABORAL COMO PRÁCTICA CORPORAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PERSONAL SANITARIO

Barbara Maria Braga Brito ¹

Neires Alves de Freitas ²

Manoel Artur Ferreira Sousa Filho ³

Quitéria Larissa Teodoro Farias ⁴

Como Citar:

Brito BMB, Freitas NA, Sousa Filho MAS, Farias QLT. Ginástica Laboral Como Prática Corporal na Perspectiva da Atenção Integral do Trabalhador da Saúde. *Sanare*. 2024;23(1).

Descritores:

Saúde do trabalhador; Estratégia Saúde da Família; Ginástica laboral.

Descriptors:

Workers' health; Family Health Strategy; Occupational gymnastics.

Descriptores:

Salud de los trabajadores; Estrategia de Salud de la Familia; Gimnasia laboral.

Submetido:

29/05/2024

Aprovado:

20/06/2024

Autor(a) para Correspondência:

Barbara Maria Braga Brito
E-mail: barbara.braga2014@gmail.com

RESUMO

A atenção em Saúde do Trabalhador da Estratégia Saúde da Família trata o processo saúde-doença dos trabalhadores com relação direta com o seu trabalho, uma de suas ferramentas é a proposta de Ginástica Laboral como sendo uma atividade realizada no trabalho com exercícios de curta duração com o objetivo de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos colaboradores. Para tanto, este estudo tem como objetivo elaborar um projeto de Intervenção para promover a saúde de trabalhadores de um Centro de Saúde da Família por meio da Ginástica Laboral. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa do tipo pesquisa-intervenção. O estudo foi desenvolvido no Centro de Saúde da Família (CSF) Cleide Cavalcante Sales, responsável pela área de território do bairro do Sumaré, na cidade de Sobral, Ceará. O período de realização do estudo foi de novembro a de dezembro de 2023. O Sistema Integrado da Comissão Científica (SICC) de Sobral, bem como no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) aprovou o estudo com o parecer número 6.483.094. Participaram do estudo 7 participantes, todos do sexo feminino, sendo 1 farmacêutica, 2 médicas, 2 enfermeiras e 2 dentistas. Os resultados da pesquisa evidenciaram a importância da ginástica laboral no ambiente de trabalho, observando melhora em relação a dor/ desconforto nas regiões da cabeça, pescoço, cervical, ombros, costas superior, médio e inferior, assim como, braço, cotovelo, antebraço, punho e mãos. Além da interação social entre os participantes, fornecendo um momento descontraído e benéfico à saúde. Conclui-se que a ginástica laboral traz inúmeros benefícios para os funcionários e para o processo de trabalho, tendo em vista que também foram citadas melhora na convivência dos participantes, que mostraram satisfação com a intervenção.

1. Profissional de Educação Física. Especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: barbara.braga2014@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7133-6458>

2. Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Docente do Centro Universitário UNINTA. E-mail: neiresalves@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3350-3520>

3. Profissional de Educação Física. Especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: mafsfef@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6318-1708>

4. Mestrado em Saúde da Família. Diretora de Ensino e Pesquisa na Pluralmed. E-mail: larissa.teodoro1996@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3877-7598>

ABSTRACT

Occupational health care in the Family Health Strategy deals with the health-disease process of workers in direct relation to their work, and one of its tools is the proposal for Occupational Gymnastics as an activity carried out at work with short-term exercises with the aim of improving the health and quality of life of employees. To this end, this study aims to develop an intervention project to promote the health of workers at a Family Health Center through Occupational Gymnastics. This is a descriptive study with a qualitative research-intervention approach. The study was carried out at the Cleide Cavalcante Sales Family Health Center (CSF), responsible for the Sumaré neighborhood, in the city of Sobral, Ceará. The study period was from November to December 2023. The Integrated System of the Scientific Commission (SICC) of Sobral, as well as the Research Ethics Committee (CEP) approved the study with opinion number 6.483.094. even participants took part in the study, all of whom were female: 1 pharmacist, 2 doctors, 2 nurses and 2 dentists. The results of the study showed the importance of gymnastics in the workplace, with improvements in pain/discomfort in the head, neck, cervical, shoulders, upper, middle and lower back, as well as the arm, elbow, forearm, wrist and hand. In addition to the social interaction between the participants, it provides a relaxed and beneficial moment for health. It can be concluded that gymnastics brings numerous benefits to the employees and to the work process, given that improvements were also cited in the coexistence of the participants, who showed satisfaction with the intervention.

RESUMEN

La atención a la salud laboral en la Estrategia de Salud de la Familia aborda el proceso salud-enfermedad de los trabajadores en relación directa con su trabajo, y una de sus herramientas es la propuesta de Gimnasia Laboral como actividad realizada en el trabajo con ejercicios de corta duración con el objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida de los trabajadores. Para ello, este estudio pretende desarrollar un proyecto de intervención para promover la salud de los trabajadores de un Centro de Salud Familiar a través de la gimnasia. Se trata de un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo de investigación-intervención. El estudio se realizó en el Centro de Salud de la Familia (CSF) Cleide Cavalcante Sales, responsable por el barrio de Sumaré, en la ciudad de Sobral, Ceará. El período de estudio fue de noviembre a diciembre de 2023. El Sistema Integrado de la Comisión Científica (SICC) de Sobral, así como el Comité de Ética de la Investigación (CEP) aprobaron el estudio con el dictamen número 6.483.094. Participaron en el estudio 7 personas, todas mujeres, 1 farmacéutica, 2 médicos, 2 enfermeras y 2 dentistas. Los resultados del estudio mostraron la importancia de la gimnasia ocupacional en el lugar de trabajo, con mejoras en el dolor/malestar en la cabeza, cuello, cervicales, hombros, espalda alta, media y baja, así como en el brazo, codo, antebrazo, muñeca y mano. Además de la interacción social entre los participantes, proporciona un momento relajado y beneficioso para la salud. Se puede concluir que la gimnasia laboral aporta numerosos beneficios a los empleados y al proceso de trabajo, teniendo en cuenta que también se citaron mejoras en la convivencia de los participantes, que mostraron satisfacción con la intervención.

.....

INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador configura-se como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares - técnicos, sociais, políticos, humanos, multiprofissionais e interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos. Seus marcos referenciais são os da Saúde Coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância¹.

Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Este campo da Saúde do Trabalhador no Brasil é

resultante de um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência operária italiana².

A atenção em Saúde do Trabalhador da Estratégia Saúde da Família (ESF) trata o processo saúde-doença dos trabalhadores com relação direta com o seu trabalho. A partir da Lei 8.080/90 ficaram conhecidas as competências no campo da Saúde do Trabalhador, onde considerou o trabalho como importante fator determinante/condicionante da saúde. Ou seja, saúde e doença estão condicionados e determinados pelas condições de vida das pessoas e são expressos entre os trabalhadores também pelo

modo como vivenciam as condições, os processos e os ambientes em que trabalham³.

Em meio a este cenário, surge os profissionais de Educação Física, atuando por meio da promoção e prevenção de saúde através de métodos educacionais para minimizar e/ou evitar a possibilidade de ocorrência de lesões decorrentes das atividades repetitivas do estresse causado pela atuação laboral e de atividades que tragam algum risco para os trabalhadores⁴.

Backes *et al.*⁵ afirmam que GL pode ser dividida em segmentos: preparatória, compensatória, relaxamento, manutenção, corretiva e descontração, sendo estes utilizados de acordo com os horários e os objetivos de cada empresa, promovendo a preparação e compensação dos aspectos psicofisiológicos através de pequenas pausas na rotina de trabalho. Por estes motivos, observa-se que a prática da ginástica laboral é de extrema importância no ambiente de trabalho, a fim de evitar posturas inadequadas, patologias, distúrbios relacionados ao trabalho, além de promover a integração entre os profissionais. Mediante o exposto, o estudo baseia-se na seguinte questão norteadora: Quais os benefícios da ginástica laboral na promoção da saúde do trabalhador?

Enquanto profissional inserida no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, a partir da vivência em dois territórios de populações vulneráveis, que dependem muito do serviço público de saúde, foi possível identificar uma problemática: a exaustão de trabalho dos funcionários inseridos no Centro Saúde da Família (CSF), bem como, situações de problemas de convivência, que por ventura, acabavam atrapalhando o funcionamento do local.

Manifesta-se a necessidade de facilitar a oportunidade da prática de GL, a fim de reduzir a exaustão causada pelo estresse ocupacional. Muitos trabalhadores se queixam de condições inadequadas de trabalho, o que faz com que aumente a insatisfação. Essa insatisfação provoca uma diminuição do seu rendimento, acarretando consequências na saúde física e mental do trabalhador e, em decorrência, menor produtividade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa do tipo pesquisa intervenção. A partir da promoção da saúde de trabalhadores de um CSF, por

meio da prática de Ginástica Laboral desenvolvido no Centro de Saúde da Família Cleide Cavalcante Sales, responsável pela área de território do bairro do Sumaré, na cidade de Sobral, Ceará.

O período de realização do estudo foi de 27 de novembro a 28 de dezembro de 2023. O Sistema Integrado da Comissão Científica (SICC) de Sobral, bem como no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) aprovou o estudo com o parecer número 6.483.094.

O estudo descritivo tem como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas na coleta de dados para que assim, possa descrever um fenômeno ou situação em detalhe, especialmente o que está ocorrendo, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação ou um grupo⁶.

Inicialmente foi realizada uma reunião com a gerente da unidade para pactuar liberação dos profissionais para os encontros relativos à intervenção. Após isto, foi agendado um encontro inicial com os participantes do estudo onde foi apresentada a intervenção e posteriormente organizar os dias e horários para os momentos.

Os encontros foram realizados semanalmente, sempre às quartas-feiras e sextas-feiras, entre os dias 27 de novembro a 28 de dezembro de 2023 totalizando dez encontros, onde os profissionais se reuniam em uma sala, todos juntos, no horário das 13:00 horas. Todos os encontros foram organizados contemplando um acolhimento, apresentação da proposta de intervenção e desenvolvimento da GL.

As atividades tiveram início a partir da apresentação da técnica da Ginástica Laboral para as participantes, uma breve introdução de seus benefícios e importância para saúde do trabalhador. Após isto, foram entregues dois questionários: O primeiro é o Questionário de Dor e Desconforto de Corllett e Manenica⁷. O segundo foi o Questionário de Pré-avaliação que investigou as queixas e conflitos relacionados ao trabalho. Estes questionários junto a um diário de campo constituíram os instrumentos de coleta.

Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin⁸. Essa técnica permite a compreensão, a utilização e a aplicação de um determinado conteúdo. A operacionalização da análise de conteúdo possui três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados obtidos. A pré-análise permite a

escolha dos documentos e uma leitura destes, para que assim possam-se lançar hipóteses e a formulação dos indicadores. A exploração do material permite a criação de categorias mediante dados da pesquisa. E o tratamento dos resultados faz surgir a interpretação de tudo que foi coletado durante a pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram divididos em duas partes, como descritos anteriormente.

O primeiro questionário aplicado foi o de Dor e Desconforto, nos quais os participantes informaram a intensidade de dor por meio de uma escala progressiva enumerada de 1 a 5, onde nível 1 representava nenhum desconforto/dor; nível 2 Pouco desconforto/ dor; nível 3 Moderado desconforto/ dor; nível 4 Muito desconforto/ dor; e nível 5 Extremamente desconfortável. Os resultados dividiram-se pela região superior (Cabeça; Pescoço; Cervical; Ombros; Costas médias; Costas Superior; Costas inferior; Bacia; Braço; Cotovelo; Antebraço; Punho e Mãos). E região inferior (Coxa; Joelho; Perna; Tornozelo e Pé).

Tabela 1 - Níveis de desconforto/dor dos participantes.

Região	Níveis						
Participantes	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Cabeça	2	3	1	5	2	1	1
Pescoço	1	1	2	5	3	2	3
Cervical	2	1	2	3	4	1	4
Ombros	2	1	3	4	4	3	4
Costas Superior	2	4	2	4	4	3	1
Costas médio	1	1	1	3	4	1	2
Costas inferior	1	1	2	3	1	1	4
Bacia	1	1	1	3	1	1	1
Braço	1	1	1	3	5	4	1
Cotovelo	1	1	1	2	3	1	1
Antebraço	1	1	2	2	4	1	1
Punho	3	1	3	3	4	1	4
Mão	2	1	3	3	4	1	1
Coxa	1	1	1	1	1	2	1
Joelho	1	1	2	2	2	1	2
Perna	1	3	1	1	3	5	1
Tornozelo	1	3	2	1	3	1	2
Pé	1	1	2	1	3	1	2

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Tabela 3 - Níveis de desconforto/dor dos participantes pós-intervenção.

Região	Níveis						
Participantes	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Cabeça	3	1	2	2	1	1	1
Pescoço	1	2	1	3	1	2	2
Cervical	1	2	1	3	1	1	1
Ombros	1	1	2	3	2	1	1
Costas Superior	3	1	2	3	2	3	1
Costas médio	1	3	1	3	1	1	3
Costas inferior	2	2	2	2	2	3	3
Bacia	1	1	1	2	1	1	1
Braço	1	1	1	2	1	1	1
Cotovelo	1	1	1	2	1	1	1
Antebraço	1	1	1	1	1	1	1
Punho	1	1	2	1	2	1	1
Mão	1	1	2	1	2	1	1
Coxa	3	2	1	1	1	1	1
Joelho	1	2	2	1	1	1	2
Perna	3	1	1	1	1	1	1
Tornozelo	1	1	1	1	1	1	1
Pé	1	1	1	1	1	1	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

De um ponto comparativo pode-se observar que a cabeça teve melhora em cinco dos sete participantes, destacando dois deles que baixou do nível 5 e para o nível 2 e outro do nível 3 para o nível 1. O pescoço teve dois ganhos consideráveis, assim como a cervical, onde se observou a melhora do nível 5 para o 3, e do nível 3 para o 1. Os ombros dois resultados se destacaram, onde ambos níveis 4 baixaram para o nível 2 e outro para o nível 1.

Em relação as costas superior, médio e inferior, os achados evidenciam um ganho importante, onde nível 4 baixou para o nível 2. Já na bacia, não foram observados ganhos consideráveis. Em relação ao braço, cotovelo, antebraço, punho e mãos, o primeiro teve dois ganhos importantes em que o nível 5 baixou para o nível 1; e o nível 4 baixou para o nível 1 também. No cotovelo apenas um nível 3 baixou para o nível 1. No antebraço um nível 4 baixou para o nível 1. Punho e mãos foram as regiões que mais obtiveram resultados favoráveis, onde o nível 3 baixou para o nível 1 em três participantes e o nível 4 baixou para o nível 2 e nível 1, em três participantes respectivamente.

As áreas da coxa, joelho, perna, tornozelos e pé foram as que apresentaram resultados menos

consideráveis, destacando a perna ao baixar do nível 3 e 5 para o nível 1, e o tornozelo e pé, baixando do nível 3 para o nível 1 em três participantes.

Backes *et al.*⁹ afirmam que realizar exercícios no ambiente de trabalho, são necessários para manter a qualidade de vida dos colaboradores, pois os efeitos negativos ocasionados pelas longas jornadas de trabalho põem em risco a saúde física e mental, podendo ocasionar fadiga crônica, estresse, estado depressivo, ansiedade e diminuir a qualidade do sono.

Silva¹⁰ enfatiza que a GL além de ser eficaz na prevenção de agravos osteomusculares e ajudar na promoção da qualidade de vida, ela pode estar associada com a melhora da interação entre os funcionários. Para tanto, é necessário que o profissional de Educação Física esteja em constante comunicação com os gerentes da empresa ou instituição, para que dessa maneira, saiba elaborar a melhor forma de executar a atividade.

Para Alvez, Correia e Silva investir na qualidade de vida voltada aos profissionais de saúde constitui como uma das principais medidas preventiva contra possíveis problemas ocasionados pelo exercício laboral, em que as exigências inadequadas, podem causar, pelo ritmo de trabalho exaustivo, trazendo grandes agravos à saúde dos trabalhadores¹¹.

Achados afirmam que a intervenção do exercício físico de curta duração, que acontece no ambiente de trabalho traz benefícios para a qualidade de vida de seus praticantes, pois ocorre a diminuição da carga gerada pelo trabalho nas estruturas musculoesqueléticas, além de melhorar a percepção corporal e da postura, contribuindo para a diminuição dos índices de acidente de trabalho e afastamentos. A Educação Física surge então, como principal instrumento para guiar os indivíduos na busca da saúde por meio de suas próprias ações e também para desenvolver um sentido de responsabilidade em relação à melhoria de sua própria saúde. Com esse estudo, procura-se levar mais conhecimento aos funcionários, a fim de promover um reconhecimento corporal mediante posturas adotadas no ambiente de trabalho, e assim, melhorar sua qualidade vida⁹.

CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa evidenciaram a importância da ginástica laboral no ambiente de trabalho, com o projeto de intervenção realizado foi possível observar melhora em relação a dor/

desconforto nas regiões da cabeça, pescoço, cervical, ombros, costas superior, médio e inferior, assim como, braço, cotovelo, antebraço, punho e mãos.

Pode-se analisar que a ginástica laboral traz inúmeros benefícios para os funcionários e para o processo de trabalho, tendo em vista que também foram citadas melhora na convivência dos participantes, que mostraram satisfação com a intervenção, relatando que devia ser realizada com frequência pois melhorava o desempenho nas atividades realizadas no PSF, além de diminuir a fadiga muscular e consequentemente as dores por esforço repetitivo.

A qualidade de vida no trabalho possibilita resgatar o ser humano e o ambiente, que, na maioria das vezes, são negligenciados em favor da alta demanda e aumentada produtividade. Entretanto, como pode-se observar, ainda é possível aliar a produtividade com melhores condições de trabalho, pois a qualidade da assistência está associada à qualidade de vida dos que a produzem.

Em futuras pesquisas, sugere-se que a prática da ginástica laboral, seja realizada com um número maior de participantes, para que os resultados possam ser avaliados em maior quantidade, assim como, pode ser realizado em outro segmento de organização.

REFERÊNCIAS

1. Leão LHC, Castro AC. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2022 Sep 3];18:769-78. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XjNTqbY9c9MG75gP63JmGCm/abstract/?lang=pt>
2. Brasil. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*. [internet] Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html
3. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. [internet] Brasília. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_cab5_2ed.pdf
4. Farsen TC, Boehs SDTM, Darosci ASR, Biavati VDP, Silva N. Qualidade de vida, Bem-estar e Felicidade no Trabalho: sinônimos ou conceitos que se diferenciam? *Interação em Psicologia*. 2018 Apr 1;22(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v22i1.48288>
5. Nunes AP, Rios ACS, Cunha GA, Barretto ACP,

Negrão CE. Efeitos de um programa de exercício físico não-supervisionado e acompanhado a distância, via internet, sobre a pressão arterial e composição corporal em indivíduos normotensos e pré-hipertensos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2006 Apr;86(4):289-96.

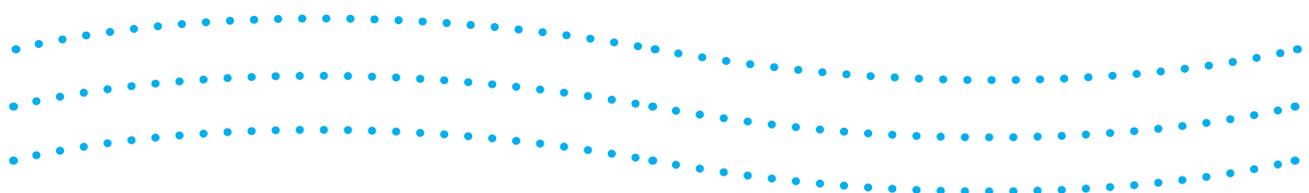
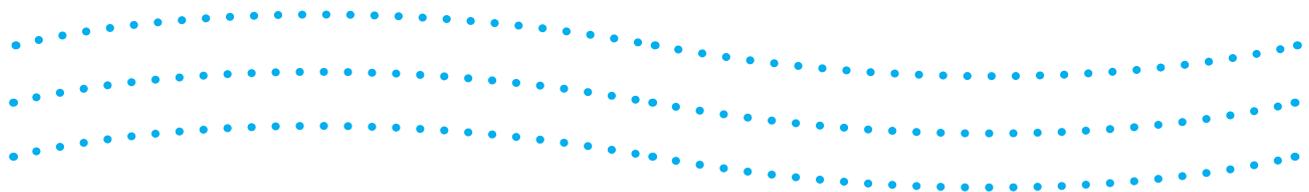
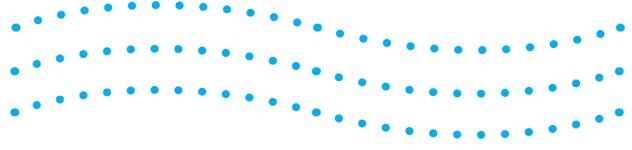
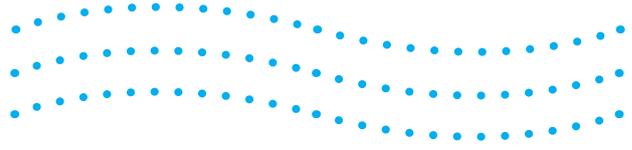
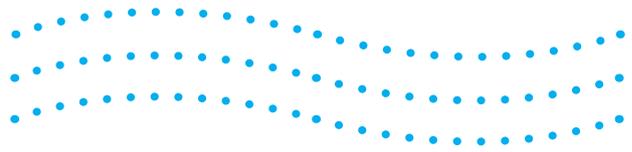
6. Gil AAC. Como elaborar projetos de pesquisa. Éditeur: São Paulo: Atlas; 2017.

7. Wilson JR, Corlett EN. Evaluation of human work : a practical ergonomics methodology. Bristol, Pa.: Taylor & Francis; 1995.

8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2015.

9. Silva EL, Macarzel RCS. GINÁSTICA LABORAL: PRERROGATIVAS PARA DISSEMINAÇÃO. *Corpoconsciência* [Internet]. 9º de dezembro de 2019 [citado 26 de dezembro de 2023];23(3):59-72. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/corpoconsciencia/article/view/8224>

10. Matias EPB, Moura MCC. Quality of life at work: a case study on Federal Public Institutions of Higher Education/Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso sobre Instituições Públicas Federais de Ensino Superior. *Revista Exacta* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2024 Jan 26];17(1):147-57. Disponível em: <https://link.gale.com/apps/doc/A596402808/AON?u=anon~5761b7c5&sid=googleScholar&xid=414ca606>



ESTRATÉGIAS DE CUIDADO PSICOSSOCIAL COM PESSOAS COM TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE

PSYCHOSOCIAL CARE STRATEGIES FOR PEOPLE WITH DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER
ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO

Maria Gabriela Barbosa Vieira ¹

Erika Renata Trevisan ²

Como Citar:

Vieira MGB, Trevisan ER. Estratégias de Cuidado Psicossocial com Pessoas com Transtorno Dissociativo de Identidade. *Sanare*. 2024; 23(1).

Descritores:

Saúde mental; Cuidado psicossocial; Transtorno dissociativo de identidade.

Descriptors:

Mental health; Psychosocial care; Dissociative identity disorder.

Descriptores:

Salud mental; Atención psicosocial; Trastorno de identidad disociativo.

Submetido:

22/02/2024

Aprovado:

14/06/2024

Autor(a) para Correspondência:

Erika Renata Trevisan
E-mail:erika.trevisan@uftm.edu.br

RESUMO

O cuidado psicossocial é uma importante ferramenta no contexto da saúde mental. O transtorno dissociativo de identidade é um transtorno mental que necessita de acompanhamento e um atenção individualizada. Esse estudo tem o objetivo de investigar o que foi publicado na literatura nacional e internacional nos últimos cinco anos sobre o transtorno dissociativo de identidade e o cuidado psicossocial, por meio de uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados BVS, PUBMED e SCIELO com o descritor: "Transtorno dissociativo de identidade" Foram selecionados cinco artigos, em língua inglesa e após a análise de conteúdo temática foram criadas três categorias: (1) Instrumentos de avaliação, (2) Aceitação do passado, (3) Despedida das identidades. As estratégias de cuidado psicossocial encontradas nos estudos selecionados apontaram a terapia do esquema, da recriação de imagens, o modelo de personalidade de duas polaridades desenvolvido por Blatt, a acupuntura e o ritual de despedida das identidades. Essa revisão da literatura apreendeu dados que apontam uma lacuna de produções científicas sobre as estratégias de cuidados psicossociais a serem desenvolvidas com pessoas com diagnóstico de TDI.

1. Graduação Terapia Ocupacional Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: mariagabriela.barbosav.to@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8238-2168>

2. Doutora em Atenção à Saúde. Docente do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: erika.trevisan@uftm.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3015-1630>

ABSTRACT

Psychosocial care is an important tool in the context of mental health. Dissociative identity disorder is a psychopathology that requires monitoring and individualized attention. This study aims to investigate what has been published in the national and international literature in the last five years on dissociative identity disorder and psychosocial care, by means of an integrative literature review in the BVS, PUBMED and SCIELO databases with the descriptor: "Dissociative identity disorder". Five articles were selected in English and after thematic content analysis, three categories were created: (1) Assessment tools, (2) Acceptance of the past, (3) Dismissal of identities. The psychosocial care strategies found in the selected studies included schema therapy, image recreation, the two-polarity personality model developed by Blatt, acupuncture and the ritual of saying goodbye to identities. This review of the literature found data that points to a gap in scientific production on psychosocial care strategies to be developed with people diagnosed with dissociative identity disorder.

RESUMEN

La atención psicosocial es una herramienta importante en el contexto de la salud mental. El trastorno de identidad disociativo es una psicopatología que requiere seguimiento y atención individualizada. Este estudio tiene como objetivo investigar lo que se ha publicado en la literatura nacional e internacional en los últimos cinco años sobre el trastorno de identidad disociativo y la atención psicosocial, a través de una revisión bibliográfica integradora en las bases de datos BVS, PUBMED y SCIELO con el descriptor: "Dissociative identity disorder". Se seleccionaron cinco artículos en inglés y tras un análisis de contenido temático se crearon tres categorías: (1) Herramientas de evaluación, (2) Aceptación del pasado, (3) Desestimación de identidades. Las estrategias de atención psicosocial encontradas en los estudios seleccionados incluyeron la terapia de esquemas, la recreación de imágenes, el modelo de personalidad de dos polaridades desarrollado por Blatt, la acupuntura y el ritual de despedida de las identidades. Esta revisión de la literatura encontró datos que apuntan a un vacío en la producción científica sobre las estrategias de atención psicosocial a desarrollar con personas diagnosticadas con trastorno de identidad disociativo.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) se caracteriza por perspectivas de partes dissociadas da identidade, personalidades alternativas ou estados alterados de consciência, envolvendo a percepção, um dos elementos essenciais de sua análise para indicar a possibilidade do controle racional do indivíduo sobre os afetos e as emoções. As personalidades podem ser percebidas como uma história única e diferente, com autoimagem e identidade próprias, com nomes, comportamentos e sentimentos distintos entre si. Outra característica importante é que quando uma personalidade se manifesta, há uma amnésia em relação à(s) outra(s), resultado da dificuldade de integração dos aspectos da identidade, como a memória e a consciência. O esquecimento recorrente das atividades e situações ocorridas no cotidiano ou, ainda, incapacidade de lembrar informações pessoais são episódios observados nas pessoas com diagnóstico de TDI, além dos prejuízos no funcionamento social, afetivo e produtivo¹.

São poucos estudos que abordam a prevalência do

TDI na população, Baggio et al (2024)² afirmam que o transtorno afeta 1,5% da população, com homens e mulheres sendo afetados de maneira proporcional. Já com relação a idade das pessoas acometidas pela enfermidade, não apresentaram prevalência em determinada faixa etária, podendo acometer desde a infância até a população idosa.

Entre os sinais e sintomas presentes, estão a ansiedade, distúrbios do sono, perda de memória, fobias, medos, transtorno de despersonalização, entre outros sintomas. Os critérios para o diagnóstico são baseados na história clínica e nos sintomas. O tratamento pode ser realizado com psicoterapia, terapia cognitivo-comportamental e equipe multidisciplinar e associados a terapia medicamentosa. A ruptura na identidade envolve uma descontinuidade acentuada no senso do Eu e no senso de controle, acompanhada de alterações relacionadas no afeto, comportamento, consciência, memória, percepção, cognição e/ou funcionamento sensório-motor. A essência do TDI é a divisão da identidade, juntamente com uma fragmentação recorrente do funcionamento pessoal e senso de si mesmo, com

lacunas significativas no entendimento sobre si e no domínio das ações; facilidade de desligamento total do mundo; fenômenos psicóticos transitórios, como alucinações visuais, táteis, olfatórias, gustatórias e somáticas³.

O novo modelo de cuidado em saúde mental, após a reforma psiquiátrica, objetivou ofertar um novo lugar social para o sofrimento psíquico, na perspectiva de uma transição de paradigmas da assistência à saúde, buscando a superação do paradigma biomédico e a construção do paradigma psicossocial de atenção à saúde mental, que toma como centralidade o sujeito em suas diversas dimensões, dentro de um contexto sócio comunitário⁴.

O cuidado psicossocial rompe com o paradigma biomédico que tem no hospital psiquiátrico o local centralizador do tratamento das pessoas em sofrimento psíquico; com equipe multidisciplinar de trabalho, mas que se caracteriza pela fragmentação de tarefas e a supervalorização do saber médico, além de enfatizar os sintomas e a terapêutica medicamentosa⁵, já o paradigma psicossocial estabelecido pós Movimento da Reforma Psiquiátrica, é caracterizado pelo trabalho em equipe interdisciplinar e as intervenções são baseadas em diferentes recursos terapêuticos, enfatizando a autonomia, cidadania e a participação social da pessoa em sofrimento psíquico, inclusão pelo trabalho e cuidado também com foco na família, na comunidade e com o próprio sujeito. Esse paradigma propõe a promoção de um cuidado eficaz e humanizado, com a participação do sujeito no tratamento, como protagonista de sua história, sendo assim, o paradigma psicossocial assume o importante papel de nortear a construção de novas práticas e serviços em saúde mental^{5,6}.

O cuidado psicossocial das pessoas com TDI é fundamental para diminuir os prejuízos ocasionados pelos sintomas desse sofrimento psíquico. Estima-se que 28% a 48% dos indivíduos com transtorno dissociativo recebem tratamento de saúde mental. Dentre esta estimativa muitas vezes são distribuídos diagnósticos errôneos, incessantes hospitalizações e a descrença na equipe de saúde e o fato de não existir um tratamento específico para dissociação pode ocasionar má qualidade de vida⁷.

É importante buscar evidências científicas sobre o cuidado psicossocial desenvolvido com as pessoas diagnosticadas com TDI para que as estratégias e as intervenções possam ser elaboradas de maneira mais eficaz. Nesse sentido, esse estudo tem como objetivo investigar a produção de conhecimento

sobre as estratégias de cuidado psicossocial com a pessoa com TDI.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa, conceituado como uma abordagem metodológica que possibilita a condensação e análise do conhecimento científico produzido, até o momento da pesquisa, sobre o tema investigado. Por meio deste método, é possível gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde que são relevantes para a sociedade. A revisão integrativa da literatura tem como definição ser a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de diferentes estudos, experimentais e não-experimentais, para uma ampla concepção acerca do objeto de estudo a ser analisada. Através da revisão integrativa é possível realizar uma extração de conhecimentos e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática⁸.

Nesta revisão, realizou-se as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora, busca independente nas bases de dados anteriormente selecionadas, definição dos critérios de inclusão e exclusão, extração dos dados pertinentes dos estudos selecionados, análise crítica e discussão dos resultados encontrados, relacionando-os a outros referenciais teóricos, e apresentação final da pesquisa. A pergunta norteadora elaborada foi: quais são as estratégias de cuidado psicossocial com a pessoa com TDI?

A coleta de dados foi realizada entre os meses de dezembro e janeiro de 2023 pelas próprias pesquisadoras. As bases de dados escolhidas, devido à grande relevância de publicação dentro da área das ciências da saúde, foram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e o *Public Medical* (PUBMED). Foi utilizado o seguinte descritor, controlado pelo DECS e MESH, em português, inglês e espanhol: transtorno dissociativo de identidade. Não houve a possibilidade de cruzamento com outros descritores, pois as buscas não resultavam em nenhum resultado. Os artigos apreendidos com o descritor TDI foram analisados posteriormente para verificar quais abordavam cuidados psicossociais desenvolvidos com essa população.

Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: textos em português, inglês e espanhol, disponíveis

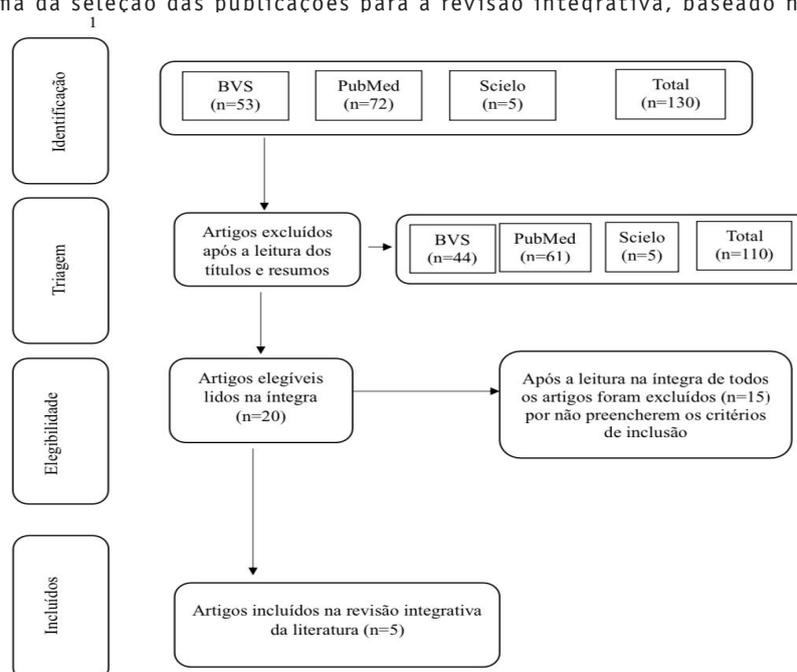
gratuitamente na íntegra nas bases de dados selecionadas e publicados nos últimos cinco anos (janeiro de 2018 a janeiro de 2023). Foram excluídos outros artigos de revisão de literatura.

A seleção dos estudos (Figura 1) foi realizada conforme a metodologia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Após a seleção, foi realizada a extração dos dados utilizando um instrumento que contempla as informações de identificação do artigo, título, ano da publicação, idioma, autores, periódico, local do estudo, objetivos, método, resultados, recomendações, identificação das limitações do estudo e vieses⁹. Os artigos foram identificados, numerados e as informações extraídas organizadas por meio de tabelas. A discussão e a apresentação dos principais achados da pesquisa foram realizadas por dois pesquisadores independentes e as divergências foram discutidas em reunião de consenso. A análise dos dados foi de conteúdo temática e obedeceu às seguintes fases: leitura dos resumos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, leitura na íntegra da amostra parcial, leitura minuciosa e exaustiva para exploração dos artigos, codificação dos conteúdos emergentes e relevantes, categorização baseada na incidência do conteúdo e nas características dos estudos¹⁰.

RESULTADOS

Inicialmente, foram identificados 130 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, 110 (84,61%) foram excluídos. Considerou-se 20 (15,38%) artigos elegíveis para leitura na íntegra, 15 (11,53%) foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Resultando em 5 (3,85%) artigos na amostra final. A figura 1 apresenta o fluxograma com as etapas do processo de seleção, de forma esquemática, com a estratégia de seleção dos artigos, até à obtenção da amostra final.

Figura 1 - Fluxograma da seleção das publicações para a revisão integrativa, baseado no modelo PRISMA.



Fonte: As autoras (2023).

Os artigos selecionados serão apresentados na Tabela 1 de acordo com o ano de publicação, título, autores, o título do periódico e o tipo de estudo.

Tabela 1 - Apresentação dos artigos selecionados de acordo com a numeração de identificação, o ano de publicação, título do artigo traduzido para o português, os autores e os periódicos.

Ano	Título	Idioma	Autores	Periódico	Tipo de estudo
2023	Terapia do esquema para transtorno dissociativo de identidade: relato de caso	Inglês	Bachrach; Rijkeboer; Arntz; et al. ¹¹	Frontiers in Psychiatry	Quantitativo-qualitativo
2022	Inclusão da acupuntura como terapia adjuvante no manejo de um paciente com esquizofrenia e transtorno dissociativo de identidade: relato de caso	Inglês	Martin; Wroblewski. ¹²	Journal of Chiropractic Medicine	Quantitativo
2021	Uma breve abordagem de tratamento cognitivo-comportamental para Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Transtorno Dissociativo de Identidade, um relato de caso	Inglês	Minnen; Tibben. ¹³	Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry	Qualitativo
2021	Estendendo o modelo de duas polaridades de desenvolvimento da personalidade de Blatt ao transtorno dissociativo de identidade: um estudo de caso para construção de teoria	Inglês	Cornelis.; Desmet; Meganck; et al. ¹⁴	Research in Psychotherapy: Psychopathology	Quantitativo-qualitativo
2019	Um programa educacional on-line para indivíduos com transtornos dissociativos e seus médicos: acompanhamento de 1 e 2 anos	Inglês	Brand; Schielke; Putnam; et al. ¹⁵	Journal of Traumatic Stress	Quantitativo-qualitativo

Fonte: As autoras (2023).

Dos cinco artigos encontrados houve aparecimento igualitário entre os anos 2019, 2021, 2022 e 2023, com dois artigos de 2021, totalizando 40% dos dados e os três artigos de anos distintos 60% dos dados. A revisão é 100% composta por artigos em língua inglesa. O Brasil não apresentou uma produção científica elegível em relação ao cuidado psicossocial de pessoas com TDI, mesmo após a Reforma Psiquiátrica e a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, que visa justamente ações de promoção de saúde e prevenção de agravos à saúde mental.

Após a leitura na íntegra, encontrou-se temáticas emergentes e semelhantes sobre as estratégias de cuidado psicossocial com a pessoa com TDI que permitiram dividi-los em três categorias: (1) Instrumentos de avaliação, (2) Aceitação do passado, (3) Despedida das identidades. Os artigos selecionados serão incluídos nas categorias pela similaridade de conteúdo, podendo ser incluídos em mais de uma categoria (Tabela 3).

Tabela 3 – Apresentação dos artigos por categoria, de acordo com os temas similares.

Categoria	Título do Artigo
Instrumentos de avaliação	Um programa educacional on-line para indivíduos com transtornos dissociativos e seus médicos: acompanhamento de 1 e 2 anos. Inclusão da acupuntura como terapia adjuvante no manejo de um paciente com esquizofrenia e transtorno dissociativo de identidade: relato de caso.
Aceitação do passado	Terapia do esquema para transtorno dissociativo de identidade: relato de caso. Estendendo o modelo de duas polaridades de desenvolvimento da personalidade de Blatt ao transtorno dissociativo de identidade: um estudo de caso para construção de teoria.
Despedida das identidades	Terapia do esquema para transtorno dissociativo de identidade: relato de caso. Uma breve abordagem de tratamento cognitivo-comportamental para Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Transtorno Dissociativo de Identidade, um relato de caso.

Fonte: As autoras (2023).

DISCUSSÃO

Instrumentos de Avaliação

Nesta categoria abordaremos a utilização de escalas como ferramentas para avaliação e propiciadora de medição dos sinais e sintomas relacionados ao TDI. A partir da utilização das escalas nota-se a possibilidade de estabelecer quais serão as intervenções e a elaboração de estratégias¹².

Em um estudo de caso realizado com um idoso de 68 anos a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica utilizada para avaliar periodicamente de 1 a 5 sobre elementos relacionados a preocupação, desorganização, retraimento emocional, sentimento de culpa ou remorso, tensão, manifestações físicas ou motoras, humor depressivo, hostilidade e demais sentimentos relacionados a comportamentos negativos e autodepreciativos, utilizado para avaliar a gravidade da condição e posteriormente determinar os pontos a serem contemplados. Nesse estudo foi utilizado a acupuntura como estratégia de intervenção e foi possível identificar diversos avanços em um tempo limitado na prática da acupuntura. Acredita-se que com uma frequência maior seriam identificadas mudanças ainda mais satisfatórias¹².

Indubitavelmente, a acupuntura proporcionou ganhos para o indivíduo, auxiliando nos sintomas relacionados a paranoia, irritação, sentimentos de desconfiança e estresse. Os ganhos foram evidenciados inicialmente de três a quatro dias após as intervenções e durante o tratamento notou-

se que o efeito se prolongou durante cinco a seis dias após as intervenções. Ao final do trabalho dos terapeutas foi possível notar grandes mudanças no comportamento ao reaplicar a escala como base para quantificar a diminuição dos sintomas e os benefícios da acupuntura¹².

De maneira análoga, outro artigo apresenta o resultado de uma intervenção psicoeducacional realizada de forma online com uma amostra de 111 pacientes com diagnóstico de TDI, indicados pelos seus terapeutas. Os materiais psicoeducacionais abordaram o impacto do trauma, as reações traumáticas complexas; técnicas de gestão de sintomas e emoções; e a natureza e as funções da Autolesão Não Suicida (ALNS), dos comportamentos suicidas e de risco entre pessoas traumatizadas¹⁵.

Foram utilizados exercícios práticos em vídeo, escritos e comportamentais, o programa forneceu aos terapeutas e pacientes capacitação, para criar habilidades para melhorar a regulação emocional, gerenciar problemas de segurança e diminuir os sintomas. A participação foi associada a reduções na dissociação e nos sintomas de TEPT, melhor regulação emocional e maiores capacidades adaptativas. Foram percebidas também melhorias na apresentam altas taxas de ALNS entre os pacientes mais autolesivos foram particularmente impressionantes. Embora todos os grupos de pacientes tenham apresentado melhorias significativas, os indivíduos com níveis mais elevados de dissociação demonstraram uma melhoria maior e mais rápida em comparação com aqueles com níveis mais baixos de dissociação¹⁵.

Para a avaliação dos pacientes foram utilizados

os seguintes instrumentos: a Escala de Experiências Dissociativas II, a Escala de Dificuldades na Regulação Emocional, Lista de Verificação de Estresse Pós-Traumático - Formulário Civil e Questionário de Progresso no Tratamento, versão do paciente. Esses instrumentos juntamente com outras formas de avaliação tiveram o intuito de identificar e sinalizar todos os aspectos a serem analisados e avaliados nos pacientes participantes do programa¹⁵.

Com base nos questionários e escalas analisados foi possível identificar a gravidade dos sintomas e descrever suas características, para atribuir qual escala deveria ser utilizada ou quais reavaliações seriam necessárias. Dessa forma, os índices podem ser apontados e vistos como algo a se intervir de forma imediata^{12,15}.

A utilização dos instrumentos validados teve o intuito de apresentar e sinalizar pontos que exigiam intervenções. Os resultados serviram como ferramentas para refinar a elaboração de estratégias e desenvolvimento de práticas mais efetivas e objetivas para demanda específica da pessoa com TDI em atendimento¹².

O processo de avaliação é uma importante fase do cuidado psicossocial, deve sempre estar baseada no conhecimento científico, com ou sem a aplicação de instrumentos validados. Na avaliação é possível realizar a coleta das informações, que pode incluir diferentes procedimentos de medidas, identificar dimensões específicas do sujeito, do seu contexto e das relações que estabelece no seu cotidiano, proporcionando assim a condução do processo terapêutico de acordo com as necessidades e possibilidades do sujeito.

Aceitação do Passado

A segunda categoria refere-se aos traumas vivenciados no passado sendo necessário responsabilizar e culpabilizar o agressor para elaborar a aceitação do trauma vivenciado para que seja possível encontrar conforto e elaborar mudanças positivas na vida das vítimas. É imprescindível que as vítimas olhem com carinho para si e compreendam que, independentemente dos fatores, elas não têm responsabilidade pelo que aconteceu e não merecem se sentirem oprimidas ou serem repreendidas pelos fatos ocorridos^{11,14}.

Uma grande parte dos indivíduos com TDI, busca ignorar ou não abordar o trauma vivenciado. No estudo que apresenta o relato de caso de Ella,

que se refere a uma paciente de 43 anos com TDI, transtorno depressivo (tipo recorrente), transtorno de estresse pós-traumático, transtorno por uso de cannabis e transtorno de personalidade borderline. Os autores abordaram o consumo da cannabis como um mecanismo de fuga, durante as intervenções foi possível elaborar o porquê do uso e ressignificar o consumo da cannabis em sua vida. Ella relatou episódios de violência sexual e experiências traumáticas passadas e relatou 17 identidades, bem como amnésia dissociativa, ou seja, lacunas de memória no cotidiano e traumas. Várias identidades eram obcecadas pelo ódio de si mesmas e pela autopunição e repetidamente davam ordens para se machucar ou se matar. Apresentava sintomas de depressão e ansiedade, ideação suicida e tentativas de suicídio. De maneira similar, uma das estratégias utilizadas no tratamento de Ella foi encenar como seria encarar seus agressores e dizer-lhes o que sentia, essa estratégia foi uma finalização importante no processo terapêutico¹¹.

No outro artigo é apresentado o estudo de caso de James, um homem de 23 anos que teve a infância conturbada e no período da pesquisa apresentava episódios dissociativos em que realizava ações que não condiziam com sua índole, como trair sua namorada e se endividar financeiramente. James iniciou o tratamento e no decorrer das intervenções James conseguiu nomear seus medos como o sentimento de abandono, medo de perder a namorada Rebeca, desequilíbrio e sentimentos relacionados a inutilidade¹⁴.

Inicialmente James teve um declínio em suas atividades de vida diária, mas durante as intervenções foi se engajando e buscando cuidar de si. Em determinado momento James soube que Rebeca havia se envolvido com outra pessoa o que o abalou psicologicamente, mas após episódios depressivos ele se reergueu e buscou cuidar de si, retomar amizades, pensar no futuro e no que gostaria de fazer. Ao intervir no trauma de James foi possível identificar os estágios e desenvolvimento de suas percepções até que ele encontrasse uma forma de conviver e aceitar os traumas vivenciados. James no processo terapêutico percebeu que tinha dificuldade em aceitar os fatos que aconteciam, mas agora consegue entender lidar melhor com as coisas acontecem em sua vida¹⁴.

Conelis *et al.*¹⁴ no relato do caso de James, utilizam o modelo de personalidade de duas polaridades desenvolvido por Blatt que entende que

a psicopatologia está associada a duas tendências de orientação interpessoal que fundamentam o desenvolvimento da personalidade. A tendência para o relacionamento interpessoal diz respeito à capacidade da pessoa estabelecer e manter relacionamentos interpessoais satisfatórios, sensatos e significativos. A outra tendência está relacionada à autodefinição que é a capacidade da pessoa desenvolver um senso de identidade saudável, sólido, diversificado e bem integrado. O desenvolvimento da personalidade se dá por meio da interação contínua entre as duas tendências, à medida que as pessoas tentam encontrar um equilíbrio entre relacionamento e autonomia. É possível, porém, que uma tendência passe a dominar a outra e crie um desequilíbrio na organização da personalidade.

No caso de James o modelo de personalidade de duas polaridades foi bem-sucedido, o estudo ressaltou a importância clínica de dar liberdade a todo o âmbito da subjetividade do paciente, nas suas diversas e muitas vezes conflitantes facetas das dissociações, com uma postura terapêutica de apoio em que se reconhece o sujeito essencialmente dividido, caracterizado por impulsos agressivos e sexuais que desencadeiam vergonha e culpa, ajudando-o a expressar experiências e impulsos conflitantes. Essas intervenções permitem que a pessoa reintegrar o conteúdo evitado em seu funcionamento subjetivo, sendo que à medida que o conteúdo psíquico anteriormente bloqueado venha à tona progressivamente, a sua carga assustadora diminui. Essa estratégia é válida para fenômenos dissociativos, que podem ser entendidos como tentativas extremas de desintegrar o material rejeitado pela consciência. Enfrentar o sintoma diretamente é importante para encontrar formas mais adaptativas de defesa, no entanto, neste processo de reintegração do conteúdo rejeitado na subjetividade, deve ser realizado pelo terapeuta com cuidado, pois mais importante do que conhecer a verdade sobre essas memórias é possibilitar que o sujeito construa novos meios de funcionamento significativos e eficazes para sua vida¹⁴.

Em contrapartida, a Terapia do Esquema, apresentada no relato de caso de Ella, é uma abordagem integrativa que juntamente com seu componente da Recriação de Imagens, promovem recursos potencializadores no tratamento de traumas relacionados à infância, buscando identificar, processar e ressignificar a vida do indivíduo. No

caso de Ella, ela sofreu diversos abusos durante seu desenvolvimento, fato que ocasionou episódios depressivos e fez com que determinadas identidades estimulassem a automutilação e pensamentos que buscavam atentar contra sua própria vida¹¹.

Durante as intervenções foram utilizados diversos recursos terapêuticos para que o terapeuta estabelecesse o vínculo com Ella, dentre eles, uma tira de lã ligando Ella ao terapeuta, quando o terapeuta percebia que Ella estava dissociando, ele puxava o fio. Uma outra técnica de enfrentamento utilizada para interferir na dissociação ou vinda dos flashbacks foi o exercício "Pare, congele e respire" que consiste em: nomear cinco coisas que você vê, jogar uma bolinha ou beliscar algumas coisas com força. Todas essas técnicas foram de muita importância para que Ella conseguisse reagir em momentos que enfrentava situações que fugiam de seu controle. Ao final do tratamento Ella enfrentou seu passado e conseguiu expressar que não era culpada e as ações de seus abusadores não deveriam recair sobre ela. Pela perspectiva de Ella os autores relataram que ela tem desenvolvido ferramentas com as quais ela consegue manter mais controle sobre si, e encarar situações e lugares que costumava evitar, mas agora ela tem confiança para saber que pode gerenciar sua vida sozinha¹¹.

O processamento do trauma é um fator de extrema importância para autopercepção dos indivíduos e para o processo terapêutico. Elaborar estratégias é imprescindível para organização pessoal, porém a aceitação do passado e a percepção de que os fatos acontecidos são imutáveis propiciam a finalização necessária de um ciclo¹⁴.

Despedida das Identidades

Nesta categoria, será abordado a despedida das identidades como uma estratégia de cuidado psicossocial e a reação entre a separação das identidades que impactam negativamente na vivência do indivíduo e agem de maneira punitiva. Foram incluídos nessa categoria dois estudos que relatam o processo de finalização e separação das características punitivas expressa pelas identidades¹¹.

Uma característica identificada nas identidades presentes nos artigos é a presença de comportamentos exigentes, agressivos e altamente punitivos. Tal fato em determinado momento e situação serve como um catalisador para identidade primária, com

ações extremas e que podem atentar contra a vida do indivíduo, como automutilação e tentativa de suicídio. Esse tipo de comportamento foi percebido em maior ocorrência durante o período em que as identidades punitivas se expressavam¹¹.

Outras características percebidas nos participantes da pesquisa foram a manifestação de identidades com comportamentos infantis que buscavam preservar a vivência infantil ou compensar a falta de algo que foi tirado ou não permitido vivenciar. Os artigos apresentaram dois casos, Ella¹¹ e Mary¹³.

Mary, 36 anos, casada, três filhos e professora, mas devido aos sintomas não consegue mais trabalhar. Apresentava graves sintomas de TEPT, lembranças intrusivas do abuso sexual cometido por seu pai, tinha pesadelos todas as noites e evitou falar ou pensar sobre os acontecimentos traumáticos, evitou homens, locais públicos e programas de televisão e artigos de jornais sobre abuso sexual. Durante o abuso sexual, ela dissociou-se e experimentou despersonalização e desrealização, tais como experiências fora do corpo e sentimentos de estar num nevoeiro, e sentiu-se paralisada e congelada, apresentava também amnésia no cotidiano e desenvolveu anorexia¹³.

No caso de Ella, a identidade demandava atenção e geralmente com necessidade de ser validada e cuidada, demonstrando carência de cuidado e afeto. Ademais, também é notável o apego à objetos infantis ou que remetam o tempo que Ella buscava vivenciar, como o apego às bonecas. No caso de Mary foi relatado a necessidade da presença de objetos familiares para que as identidades que se identificam como crianças se sintam confortáveis com o processo terapêutico e enfrentamento aos estímulos externos^{11,13}.

Nos artigos selecionados nesta pesquisa foi percebido uma grande dificuldade na elaboração de intervenções para as pessoas com TDI. O rastreamento e identificação das identidades, assim como a compreensão de suas características é o que torna possível elaborar e desenvolver as intervenções. Nos presentes estudos nota-se que depois de elencar as características e a responsividade das identidades foi possível introduzir o tratamento^{11,13}.

Uma das abordagens utilizadas é a Terapia do Esquema, que consiste em uma psicoterapia integrativa que tem sido proposta como tratamento para TDI e os estudos apontam um potencial para se tornar um tratamento baseado em evidências

para TDI. Após sessões da Terapia do Esquema e da Recriação de Imagens Ella melhorou em vários aspectos, como a redução dos sintomas de estresse pós-traumático, dos sintomas dissociativos, houve mudanças estruturais nas crenças sobre si mesma e remissão do comportamento suicida. Foi percebido que Ella foi capaz de interromper o seu modo punitivo, de expressar os seus sentimentos e necessidades aos outros e de participar adequadamente na interação social¹¹.

Por meio das abordagens da Terapia do Esquema e da Recriação de Imagens foi possível compreender a importância e o impacto dessas identidades na vida cotidiana e nas ações autoimpostas para que a paciente Ella conseguisse se despedir da parte punitiva de suas identidades e verbalizar o que gostaria de ter dito para o seu agressor. Ademais, o Tratamento Focado no Trauma, foi um recurso de superação importante para que Mary conseguisse elaborar e superar suas vivências passadas. Assim como, agradecer suas identidades que buscavam cuidar de Mary e se despedir das que lhe causavam sentimentos depressivos e reprimidas. No decorrer da elaboração dessa despedida o terapeuta auxiliou Mary a encontrar pontos positivos e negativos na relação com as outras identidades, apontando como se despedir e agradecer pelo cuidado das identidades que se identificavam como crianças, repreender personalidades depressivas e opressoras e finalizar sua relação para que Mary conseguisse seguir sua vida de forma independente¹³.

De acordo com Bachrach et al. (2023)¹¹ o tratamento do TDI geralmente segue uma abordagem de psicoterapia psicodinâmica baseada na prática, que consiste em três fases: a estabilização dos sintomas, o processamento do trauma e a integração e reabilitação da identidade. A terceira fase é a mais difícil de ser alcançada. O tratamento é longo e a remissão dos principais sintomas do TDI é discreta, havendo necessidade de ampliar as pesquisas sobre estratégias de cuidado para essa população.

Em suma, as estratégias de intervenções utilizadas mostram que é necessário compreender o trauma vivenciado e elaborar intrinsecamente suas nuances, ressalvas e comprometimentos que podem influenciar o sujeito a apresentar comportamentos incomuns ou prejudiciais. A partir dessa compreensão é possível intervir e apresentar alternativas efetivas evidenciadas nas despedidas de Ella e Mary e que agiram como agente finalizador de um ciclo que envolvia muitos altos e baixos, assim como

constantes mudanças repentinas^{11,13}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa revisão da literatura apreendeu dados que apontam para uma lacuna de produções científicas sobre as estratégias de cuidados psicossociais a serem desenvolvidas com pessoas com diagnóstico de TDI. As estratégias encontradas nos estudos selecionados apontaram a Terapia do Esquema, da Recriação de Imagens, o modelo de personalidade de duas polaridades desenvolvido por Blatt, a acupuntura e o ritual de despedida das identidades.

No que tange ao nosso problema de pesquisa, é importante que o TDI seja abordado durante a graduação dos cursos da área da saúde, para que os estudantes consigam elaborar estratégias de cuidado para esse público. Existem poucos estudos sobre a temática e a falta de visibilidade é uma barreira para produção de conhecimento. Para existência de maior conhecimento e efetividade nas abordagens é necessário compreender o indivíduo e no caso do TDI conhecer as identidades e a melhor maneira de intervir considerando os facilitadores e barreiras das identidades.

É imprescindível reconhecer a demanda e buscar os métodos mais efetivos para suprir a defasagem de conhecimento e contemplar o sujeito considerando os direitos evidenciados e assegurados por lei. Em contrapartida os falsos diagnósticos se tornam barreiras, pois impedem que os profissionais contemplem a necessidade do indivíduo de maneira adequada. Fazendo com que intervenções que não seriam destinadas a um determinado público sejam realizadas.

Dessa forma, os artigos utilizados na revisão evidenciaram que muitos aspectos negativos na vida das vítimas ocorreram devido à falta de assistência durante momentos cruciais na vida das vítimas. É apresentado pais e cuidadores que violaram a confiança dos indivíduos e esse trauma muitas vezes não foi validado ou considerado. A partir do momento em que os sujeitos enfrentaram seus traumas e olharam para si mesmo de uma forma mais humanizada e receptiva foi possível evidenciar a melhora e uma perspectiva de vida mais proveitosa. As estratégias de cuidado devem ser individuais e considerar a trajetória da pessoa em atendimento.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Maria Gabriela Barbosa Vieira realizou a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; Redação do artigo ou a sua revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. **Erika Renata Trevisan** contribuiu com a concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo ou a sua revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão a ser publicada.

REREFÊNCIAS

1. Faria, MA. A utilização do Método de Rorschach no diagnóstico diferencial da Esquizofrenia e Transtorno Dissociativo de Identidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 35, p. e3521, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3521>
2. Baggio Filho, CE, Cunha, DL, Ferreira NR. Transtorno dissociativo de identidade: uma visão geral dos aspectos clínicos. *Revista saúde multidisciplinar*, v. 16, n. 1, 2024. DOI: 10.53740/rsm.v16i1.784. Disponível em: <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/784>
3. Gulisz I, Vieira F. Um Estudo de Revisão Sobre o Transtorno Dissociativo de Identidade: Características e Direções de Tratamento. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*. 2022 Ago 5; 11(1): 71-82. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/361>
4. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(3):e00042620. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
5. Costa-Rosa, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P., org. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168. ISBN 978-85-7541-319-7. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/htgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>
6. Acioli Neto, ML., Amarante, PDC. O Acompanhamento Terapêutico como Estratégia de Cuidado na Atenção Psicossocial. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2013, 33(4), 964-975. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n4/v33n4a14.pdf>
7. Nester, MS, Hawkins, SL, Brand, BL. Barriers to accessing and continuing mental health treatment among individuals with dissociative symptoms.

Eur J Psychotraumatol. 2022, 17;13(1): 2031594. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8856065>

8. Souza MT de, Silva MD da, Carvalho R de. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (São Paulo). 2010, Jan;8(1): 102-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

9. Ursi ES, Gavão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Rev Latino-Am Enfermagem. 2006, 14(1): 124-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>

10. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Editora 70, 2016.

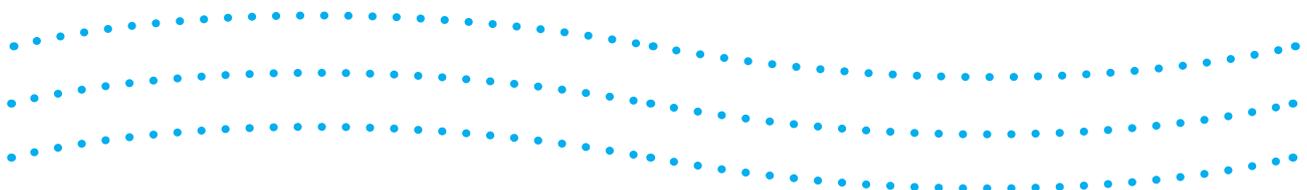
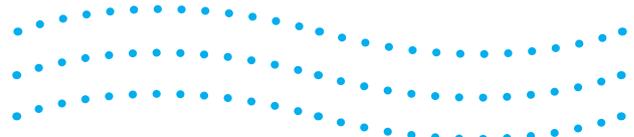
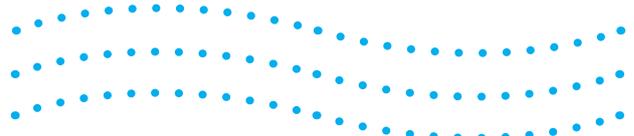
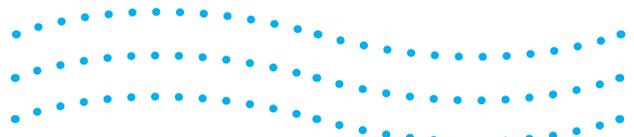
11. Bachrach N, Rijkeboer MM, Arntz A, Huntjens RJC. Schema therapy for Dissociative Identity Disorder: a case report. Front Psychiatry. 2023, 21;14: 1151872. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10160656/>

12. Martin BR, Wroblewski R. Inclusion of Acupuncture as an Adjunct Therapy in the Management of a Patient With Schizophrenia and Dissociative Identity Disorder: A Case Report. J Chiropr Med. 2023, 22(2): 164-171. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10280087/>

13. Minnen, Av; Tibben, M. A brief cognitive-behavioural treatment approach for PTSD and Dissociative Identity Disorder, a case report. Jornal de Terapia Comportamental e Psiquiatria Experimental. Netherlands, 2021, v.72 Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005791621000203?via%3Dihub>

14. Cornelis S, Desmet M, Meganck R, Van Nieuwenhove K, Willemsen J. Extending Blatt's two-polarity model of personality development to dissociative identity disorder: a theory-building case study. Res Psychother. 2021 31; 24(1): 505. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8082534>

15. Brand BL, Schielke HJ, Putnam KT, Putnam FW, Loewenstein RJ, Myrick A, Jepsen EKK, Langeland W, Steele K, Classen CC, Lanius RA An Online Educational Program for Individuals With Dissociative Disorders and Their Clinicians: 1-Year and 2-Year Follow-Up. J Trauma Stress. 2019; 32(1): 156-166. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6590319>



EDUCAÇÃO FÍSICA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: VIVÊNCIAS PELA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE

PHYSICAL EDUCATION IN THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK: EXPERIENCES THROUGH THE INTEGRATED HEALTH RESIDENCE
EDUCACIÓN FÍSICA EN LA RED DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL: VIVENCIAS A TRAVÉS DE LA RESIDENCIA INTEGRADA EN SALUD

Renan Martorelli Lima ¹

Claudio Lucas da Silva Farias ²

Rômmulo Celly Lima Siqueira ³

Braulio Nogueira de Oliveira ⁴

Como Citar:

Lima RM, Farias CLS, Siqueira RCL, Oliveira BN. Educação Física na Rede de Atenção Psicossocial: vivências pela Residência Integrada em Saúde. *Sanare*. 2024;23(1).

Descritores:

Saúde Mental; Educação Física e Treinamento; Educação Continuada; Desinstitucionalização.

Descriptors:

Mental health; Physical Education and Training; Continuing Education; Deinstitutionalization.

Descriptores:

Salud Mental; Educación y Entrenamiento Físicas; Educación continúa; Desinstitucionalización.

Submetido:

29/04/2024

Aprovado:

31/05/2024

Autor(a) para Correspondência:

Renan Martorelli Lima
E-mail: renanmartorelli@gmail.com

RESUMO

Este artigo analisa a experiência de um profissional-residente da Educação Física no contexto da Rede de Atenção Psicossocial, especialmente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) e em um Geral (CAPS Geral). Os resultados apontam para ações desenvolvidas interna e externamente ao CAPS, na direção da desinstitucionalização dos usuários, à luz da Reforma Psiquiátrica, o que representa uma mudança no paradigma de cuidados em saúde mental. Conclui-se que a educação permanente pelo (e para) o Sistema Único de Saúde, por meio da vivência nos territórios, propicia saberes e práticas que potencializam tanto a formação quanto os processos de trabalho.

1. Prof. Esp. da Rede Municipal de Ensino de Fortaleza (SME). E-mail: renanmartorelli@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3534-4255>.

2. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: claudiofarias.sc@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4410-201X>.

3. Prof. Dr. do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE). E-mail: rommulo.siqueira@ifce.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0533-9305>.

4. Prof. Dr. do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE). E-mail: brauliono08@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3457-2854>.

ABSTRACT

This article analyzes the experience of a Physical Education resident professional in the Psychosocial Care Network context, especially in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, CAPS AD) and in a General Center (CAPS General). The results point to actions developed internally and externally to CAPS, and which aimed to deinstitutionalize users in light of the Psychiatric Reform, which represents a change in the mental health care paradigm. We concluded that continuing education through (and for) the Unified Health System, by means of experience acquired in the territories, provides knowledge and practices that enhance both training and work processes.

RESUMEN

Este artículo analiza la experiencia de un profesional residente de Educación Física en el contexto de la Red de Atención Psicossocial, especialmente en un Centro de Atención Psicossocial de Alcohol y Otras Drogas (CAPS AD) y en un Centro General (CAPS General). Los resultados apuntan a acciones desarrolladas interna y externamente en el CAPS, hacia la desinstitucionalización de los usuarios, a la luz de la Reforma Psiquiátrica, que representa un cambio en el paradigma de atención a la salud mental. Se concluye que la Educación Continua, por y para el Sistema Único de Salud, a través de la experiencia en los territorios, aporta conocimientos y prácticas que potencian tanto los procesos formativos como los laborales.

INTRODUÇÃO

A saúde mental está mudando de um modelo manicomial para um modelo assistencial na Reforma Psiquiátrica. No antigo modelo, os hospitais atuavam como asilos ou depósitos psiquiátricos, resultando em exclusão em vez de reabilitação social. Na nova abordagem, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados com foco no usuário, visando sua reinserção psicossocial por meio de cuidado abrangente e integral¹. Para acompanhar a mudança estrutural e epistemológica no cuidado em saúde mental foram necessárias políticas de formação que atendessem às necessidades desse cuidado integral, centrado no usuário, em contraste com o modelo tradicional, centrado no profissional de medicina. Como resposta a essa demanda foram estabelecidas as Residências Multiprofissionais em Saúde, uma proposta política e pedagógica de formação para e pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste texto, será apresentada uma experiência realizada por um profissional-residente do Programa de Residência Multiprofissional do Ceará, associado à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), denominado Residências Integradas em Saúde (RIS-ESP/CE). Esse processo formativo segue o eixo educação-serviço-comunidade, dividido em territórios, regionais e ênfases (saúde da família e comunidade, saúde mental coletiva ou saúde coletiva).

Dentre as diversas categorias profissionais inseridas no contexto do trabalho nos CAPS,

evidenciou-se, neste texto, a Educação Física, particularmente alocada na ênfase “saúde mental coletiva” da RIS-ESP/CE. O professor de Educação Física realiza práticas de “núcleo” relacionadas ao seu conhecimento específico em práticas corporais e atividades físicas, além de ações de “campo” mais abrangentes. Essas atividades visam à inserção social, reabilitação e redução de danos, facilitando a reintegração do usuário na sociedade e promovendo um novo significado em sua vida por meio do processo da desinstitucionalização². Isso contribui para fortalecer os princípios fundamentais do SUS e o compromisso ético-político com a Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Discutir o papel dessa categoria profissional torna-se oportuno, considerando que a ênfase em Saúde Mental Coletiva existe na RIS-ESP/CE há cerca de dez anos, desde sua criação, em 2013. No entanto, somente em 2019 houve a inclusão do professor de Educação Física. Portanto, é relevante compreender as atividades desenvolvidas por esse profissional, abrindo espaço para outras experiências exitosas. Essa inserção mostra-se relevante devido à escassez de professores de Educação Física atuantes na Rede de Saúde Mental do Ceará, em relação à demanda existente. Nesse contexto, este texto descreve a experiência de um profissional-residente de Educação Física na Rede de Atenção Psicossocial, com foco especial em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) e um Centro de Atenção Psicossocial Geral (CAPS Geral).

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência constituído pela vivência de um profissional-residente em Educação Física na Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza, Ceará. Através de uma interpretação crítica e reflexiva, analisou-se o processo de assimilação e disseminação do conhecimento, evidenciado intrinsecamente pela observação multifatorial³.

Desse modo, destaca-se a experiência em um CAPS AD e em um CAPS Geral, durante o período de março de 2021 a agosto de 2022. É importante ressaltar a significativa desigualdade social e cultural na região atendida por esses CAPS, com algumas áreas sendo predominantemente turísticas e outras caracterizadas pela vulnerabilidade social⁴.

Uma ferramenta importante para a organização das práticas foi a territorialização, realizada nos dois primeiros meses da residência. A territorialização em saúde é fundamental para compreender os processos de saúde-doença dos usuários em um determinado território, considerando aspectos socioeconômicos, sanitários, epidemiológicos e a disponibilidade de serviços de saúde, entre outros⁵. Realizou-se um mapeamento que incluiu pesquisa teórica, prática e histórica da área de abrangência, o qual foi essencial para o planejamento, permitindo compreender os fluxos e articular os diversos serviços da Rede de Saúde Mental.

Além disso, diversas tecnologias foram utilizadas para auxiliar na territorialização e na formação dos profissionais-residentes: a construção do Fluxograma no CAPS AD, que possibilitou aos profissionais entenderem os fluxos de serviço; a aplicação da Sala de Situação em Saúde no CAPS Geral, onde foram levantados indicadores e dados para compreender e melhorar os atendimentos específicos de cada núcleo profissional; e as Rodas de Núcleo e Rodas de Campo, que fazem parte do processo de ensino dos residentes. No processo formativo da residência, uma etapa importante é o Percurso de Rede, onde os profissionais do componente comunitário realizam plantões mensais no ambiente hospitalar no primeiro e no segundo ano. No segundo ano, além dos plantões hospitalares, os profissionais residentes têm contato mais próximo com outros pontos, como UAPS, rede intersetorial (Secretaria de Educação, Assistência, CRAS, CREAS) e a parte da Gestão ou Regulação.

O processo de sistematização da experiência resultou no quadro a seguir.

Quadro 1 – Sistematização do relato em categoria e experiências, 2023.

CATEGORIA	EXPERIÊNCIAS
Territorialização	Conhecendo os cenários de prática
Atividades internas	Acolhimento e atendimento individual
	Grupo terapêutico de psicomotricidade, meditação e relaxamento
	Grupo de musicoterapia
	Sala de espera Outubro Rosa e importância do exercício físico
	Oficina em alusão ao orgulho LGBTQIA+
	Sala de situação em saúde
Atividades externas	Grupo terapêutico de caminhada e corrida inclusiva
	Palestra de promoção à vida e prevenção ao suicídio
	Passeata em alusão à luta antimanicomial
	Matriciamento
	Campanha de vacinação pandemia de covid-19
	Atividade de meditação em Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
	Atividade Dia das Crianças no CAPS Infantil

Fonte: Dados da pesquisa.

Diante disso, o texto foi organizado em dois pontos de discussão: 1) atividades internas, abrangendo aquelas realizadas dentro dos “muros” da instituição (CAPS); e 2) atividades externas, englobando aquelas desenvolvidas fora dos “muros” da instituição (CAPS). Foram descritas experiências que envolvem tanto atividades de núcleo (específicas da Educação Física) quanto atividades de campo (interdisciplinares).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Atividades internas: desinstitucionalização nos “muros” do CAPS

As atividades internas descritas a seguir foram estruturadas com base nas seguintes experiências: Acolhimento e atendimento individual; Grupo terapêutico de psicomotricidade, meditação e relaxamento; Grupo de musicoterapia; Sala de espera com enfoque no Outubro Rosa e na importância do exercício físico; Oficina em alusão ao orgulho LGBTQIA+; e Sala de situação em saúde.

Durante a experiência nos CAPS, o pesquisador participou ativamente do *acolhimento e atendimento individual* com os usuários. Esses momentos foram cruciais para compreender suas necessidades individuais, considerando suas trajetórias, rotinas diárias e desafios enfrentados. Nesse momento inicial é possível identificar as fragilidades e potencialidades dos usuários, quando se compreende como suas trajetórias, rotinas diárias e sofrimentos são elementos norteadores para pensar o cuidado integral desses sujeitos⁶. Ao identificar fragilidades ou potencialidades, foi possível orientar as intervenções de forma mais direcionada, por exemplo, ao observar mudanças no peso dos usuários decorrentes de medicamentos, incentivando a prática de exercícios físicos adequados à sua rotina.

Dentro dos CAPS, realizaram-se atendimentos com o objetivo de oferecer um serviço de qualidade tanto individualmente quanto em grupo. No CAPS Geral, o profissional concentrou-se em atendimentos individuais centrados no usuário, buscando fornecer um cuidado específico e personalizado a curto, médio e longo prazo, considerando a individualidade biológica e o tipo de transtorno mental. Além disso, buscou-se trabalhar em estreita colaboração com a equipe multiprofissional para compartilhar informações relevantes sobre a evolução do quadro do usuário atendido.

Esses atendimentos foram estruturados em anamnese; verificação da Frequência Cardíaca de Repouso e Máxima, pressão arterial, mensuração de massa corporal e estatura, índice de massa corporal (IMC), teste de ingestão hídrica diária, testes psicomotores com o intuito de avaliar grau de imobilidade, equilíbrio estático, equilíbrio dinâmico, noção espaço-tempo, velocidade de reação (tempo de reação); coordenação global, óculo-manual e óculo-pedal e tendo aplicado questionário de

Prontidão para Atividade Física (PAR-Q) e o Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física.

O IMC foi utilizado para medir o estado nutricional de adolescentes, adultos e idosos. Contudo, é fundamental reconhecer que, alinhado à Reforma Psiquiátrica, o cuidado em saúde mental não deve se restringir apenas aos aspectos biológicos dos usuários. A abordagem integral e humanizada preconizada por essa Reforma destaca a importância de considerar também os aspectos psicossociais, culturais e ambientais na compreensão e no cuidado das pessoas com transtornos mentais. Nesse sentido, esses instrumentos devem ser utilizados à luz dessa discussão.

Outra atividade desenvolvida foi o *grupo terapêutico de psicomotricidade, meditação e relaxamento*, que combinou aspectos psicomotores destacando a aptidão física voltada à saúde com aptidão ligada ao desempenho motor. Além disso, o trabalho foi direcionado às dimensões emocionais, afetivas e cognitivas, abordando temas como atenção, memória, equilíbrio emocional, limites, cooperação, paciência, socialização e desafios, visando o desenvolvimento ético, moral e a autoajuda.

Nesse grupo, respeitaram-se a individualidade biológica e os transtornos mentais de cada participante, alinhados com seus objetivos pessoais e os princípios da Reforma Psiquiátrica. Adotaram-se abordagens dinâmicas, criativas, lúdicas, reflexivas e críticas, com o objetivo de promover a reabilitação psicossocial e a reinserção social dos participantes. Esse cuidado envolveu um trabalho amplo em saúde, incluindo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com foco na interação entre o usuário, o profissional e o ambiente. O grupo foi concebido como um espaço crítico, reflexivo e de apoio, diferenciando-se do modelo ambulatorial convencional.

Em uma iniciativa de atendimento compartilhado, o pesquisador participou da formação do *grupo de musicoterapia* no CAPS Geral, em colaboração com o músico do serviço. Essa parceria permitiu a integração da música com o exercício físico, resultando em aulas dinâmicas que envolveram atividades específicas de cada núcleo, além de atividades interdisciplinares. Durante essas sessões foram trabalhados aspectos emocionais, afetivos e motores dos participantes, em um ambiente que valoriza o aspecto lúdico, tanto no plano concreto quanto no imaginário.

Essa abordagem proporcionou uma experiência enriquecedora e integrativa para os usuários do

CAPS. E, ao promover atividades interdisciplinares que incorporam diferentes formas de expressão e intervenção terapêutica, buscou-se contribuir para uma prática de cuidado mais humanizada e centrada no usuário. Essa abordagem valoriza a singularidade de cada indivíduo, considerando os aspectos clínicos, bem como as dimensões emocionais, sociais e culturais envolvidas no processo de recuperação e reintegração social.

No CAPS Geral, organizou-se uma *sala de espera* com o tema “Outubro Rosa e a Importância do Exercício Físico para a Saúde Mental”. Durante esse evento, destacou-se a relevância do exercício físico na prevenção e promoção da saúde mental. Foram realizadas dinâmicas em equipe com os usuários para enfatizar a importância da comunidade, da equipe multiprofissional e da família no processo de tratamento.

Além disso, o CAPS Geral promoveu atividades transdisciplinares, unindo o trabalho do professor de Educação Física, terapeuta ocupacional e musicoterapia. Nesse encontro, diversos profissionais participaram oferecendo atividades como alongamento, musicoterapia, discussões literárias e dinâmicas em grupo sobre a importância do tratamento, da equipe multiprofissional e do exercício físico como complemento ao tratamento medicamentoso. Essa abordagem integrada proporcionou aos usuários do CAPS uma experiência holística e enriquecedora, fortalecendo os laços comunitários e promovendo a saúde mental de forma abrangente.

Outra atividade desenvolvida foi uma *oficina em alusão ao orgulho LGBTQIA+* no CAPS AD, realizada em duas ocasiões separadas para funcionários e pacientes de enfermagem. Durante essa oficina, discutiu-se a história e o significado de cada sigla, destacou-se a importância do uso do nome social e foi apresentado um boneco de gênero que abordou temas como expressão de gênero, identidade, orientação sexual e sexo biológico. Essa iniciativa visou promover a inclusão, o respeito à diversidade e a sensibilização para questões de gênero e sexualidade no ambiente do CAPS.

Por último, destaca-se a realização da *Sala de Situação em Saúde* no CAPS Geral, na qual foi conduzido um levantamento de indicadores e dados quantitativos. Focou-se especialmente na alta demanda, identificada como o principal indicador por meio de diálogos com os profissionais. Objetivou-se compreender e aprimorar os atendimentos prestados

pela equipe como um todo e por cada núcleo individualmente. Durante essas discussões com os colegas de equipe, enfatizou-se a importância do profissional de Educação Física e do exercício na saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial, abordando aspectos relacionados à prevenção, promoção, tratamento e reabilitação dos usuários. Essa reflexão coletiva contribuiu significativamente para a melhoria contínua dos serviços oferecidos pelo CAPS.

Atividades externas: desinstitucionalização fora dos “muros” do CAPS

Nas atividades externas, desenvolveu-se uma variedade de iniciativas destinadas a promover a saúde mental e o bem-estar dos usuários e da comunidade em geral. Entre essas atividades, incluem-se: Grupo terapêutico de caminhada e corrida inclusiva; Palestra de promoção à vida e prevenção ao suicídio; Passeata em alusão à luta antimanicomial; Matriciamento; Campanha de vacinação pandemia covid-19; Atividade de meditação no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto; e Atividade em comemoração ao Dia das Crianças no CAPS Infantil. A seguir, serão descritas cada uma delas.

No CAPS Geral Ser II, o pesquisador participou do planejamento, elaboração e execução de um projeto para a criação de um *grupo terapêutico de Caminhada e Corrida Inclusiva*. Esse projeto teve como objetivo principal promover a inclusão social dos usuários por meio de atividades externas. Os objetivos específicos incluíram: facilitar o autoconhecimento por meio da expressão corporal e exploração do corpo; desenvolver habilidades motoras por meio de caminhadas ou corridas; promover a autonomia resultante do processo de ensino-aprendizagem, visando à integração social; refletir sobre o papel individual na sociedade; e promover o trabalho tanto de forma individual quanto coletiva. Esse grupo terapêutico oportunizou aos usuários do CAPS Geral Ser II se envolverem em atividades físicas inclusivas, promovendo sua saúde mental e bem-estar geral.

Outra iniciativa foi a realização de *palestras sobre promoção da vida e prevenção do suicídio*, em parceria com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Essas palestras abordaram os cuidados com a saúde mental durante a pandemia de covid-19 e foram direcionadas aos alunos do curso técnico de Enfermagem da Escola

Estadual de Educação Profissional Paulo Petrola. Durante essas palestras, destacou-se a importância dos cuidados com a saúde mental e foi enfatizado o papel crucial do exercício físico, mesmo durante períodos desafiadores como a pandemia.

No que diz respeito às atividades externas, os pesquisadores participaram ativamente da *passeata em alusão à luta antimanicomial*, mobilizando tanto a equipe de residentes quanto a equipe multiprofissional dos CAPS AD e CAPS Geral. Realizaram-se atividades com os usuários, com o objetivo de destacar a importância da luta antimanicomial e dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Objetivou-se conscientizar a comunidade sobre essa causa, e, como profissional de Educação Física, assumi a responsabilidade pela organização e coordenação de uma passeata junto à equipe. Além disso, participei ativamente das atividades de prevenção e promoção da saúde, contribuindo para a educação em saúde durante esses eventos. Essas atividades externas foram fundamentais para ampliar a conscientização e promover a inclusão das pessoas com transtornos mentais na sociedade.

O *matriciamento* foi uma prática fundamental, caracterizada pelo diálogo e colaboração entre equipes de saúde⁷. Essa abordagem envolveu uma integração estreita com as Unidades de Atenção Primária à Saúde, permitindo a troca de conhecimentos entre profissionais do CAPS e das UAPS. Através da discussão de casos e da contribuição de cada núcleo profissional, foram elaboradas intervenções destinadas a integrar o cuidado dos usuários dentro do território atendido.

Outra atuação externa significativa foi nas *campanhas de vacinação contra a covid-19*, durante o período crítico da pandemia, entre 2021 e 2022. Nesse contexto, desempenhei o papel de apoio e triagem, trabalhando em estreita colaboração com a equipe de vacinação. Minha função como profissional de Educação Física consistia em oferecer suporte à equipe de vacinação, fornecendo orientações, encaminhamentos e auxiliando em todo o processo de vacinação.

Uma atividade que também teve destaque foi a *Atividade de meditação no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto*. No contexto hospitalar, especialmente no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, a presença de profissionais de Educação Física é relativamente escassa, porém a Resolução n.º 391/2020 ampliou o escopo de atuação dessa categoria, incluindo-a na lista de profissionais aptos

a trabalhar em hospitais. Dentro dessa esfera, o papel do professor de Educação Física abrange atividades voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e tratamento de doenças, lesões e agravos em usuários hospitalizados⁸.

Nos plantões hospitalares, tive a oportunidade de atuar no Hospital Maternidade Dra. Zilda Arns e no Hospital Mental Frota Pinto. Nessas instituições, desenvolvi atividades como escuta qualificada com os usuários e orientação sobre hábitos saudáveis, tais como regulação do sono, alimentação adequada e ingestão de água, além de oferecer orientações sobre atividade física e exercícios. No Centro de desintoxicação, implementaram-se práticas como psicomotricidade, meditação e relaxamento, complementadas por rodas de conversa antes e depois das atividades. Buscou-se compreender holisticamente o usuário, integrando os princípios da Educação Física para trabalhar aspectos como confiança, atenção e consciência corporal por meio de abordagens lúdicas.

No *Dia das Crianças*, realizou-se uma atividade especial no CAPS Infantil. Essa atividade ocorreu internamente no CAPS Infantil, mas decidi incluí-la como uma atividade externa nesta sistematização, uma vez que não estava alocado especificamente nesse CAPS, mas tão somente realizando uma contribuição pontual. Durante o evento, promovemos atividades recreativas, criativas, cooperativas e lúdicas direcionadas ao público infantil que frequenta o CAPS em questão. O principal objetivo dessas atividades foi conscientizar as crianças sobre a importância do exercício físico e da brincadeira para a saúde mental, proporcionando momentos de diversão e aprendizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato teve por objetivo analisar a experiência de um profissional-residente de Educação Física no contexto da Rede de Atenção Psicossocial, especialmente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas e em um Geral. A vivência foi marcada por desafios significativos.

A pandemia de covid-19, que assolou o mundo, inviabilizou as atividades coletivas em grupo no CAPS AD durante o período de março a setembro de 2021, devido ao alto risco de contágio. Além disso, enfrentamos dificuldades para articular o encaminhamento de usuários para a desintoxicação, com a melhor opção sendo o Hospital Santa Casa de

Misericórdia. A obtenção de materiais para as aulas propostas também se revelou um obstáculo, exigindo improviso e adaptação de recursos devido à ausência prévia de um profissional de Educação Física nesse contexto.

Diante da equipe multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, composta por enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, encontrei desafios em estabelecer meu papel. Inicialmente, fui associado a um mero executor de movimentos, com uma percepção estereotipada que limitava minha atuação a simples alongamentos. No entanto, ao longo do tempo, pude demonstrar a importância da presença do profissional de Educação Física no contexto da saúde mental, promovendo autonomia e inclusão social.

A ausência de um preceptor de núcleo durante o primeiro ano também representou um desafio, mas a participação ativa em atividades como o grupo de caminhada e corrida inclusiva, além do apoio teórico e prático dos colegas e preceptores, contribuíram para meu desenvolvimento profissional. Enfrentamos ainda a escassez de profissionais de Educação Física na saúde mental, evidenciando a necessidade de investimento e reconhecimento dessa área.

Apesar das dificuldades, a atuação do pesquisador foi marcada por uma abordagem multifatorial e interdisciplinar, buscando sempre a integração e o cuidado centrado no usuário. As atividades desenvolvidas tinham como objetivo principal promover a saúde mental através da prática de exercícios físicos adaptados, priorizando a individualidade e a inclusão de cada usuário, visando uma transformação social significativa. As ações desenvolvidas interna e externamente ao CAPS, na direção da desinstitucionalização dos usuários, à luz da Reforma Psiquiátrica, representam uma mudança no paradigma de cuidados em saúde mental.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Renan Martorelli Lima contribuiu com o delineamento, a realização da experiência e a redação do manuscrito. **Claudio Lucas da Silva Farias** contribuiu com a revisão crítica e a redação do manuscrito. **Rômmulo Celly Lima Siqueira** contribuiu com o delineamento, a revisão crítica e a redação do manuscrito. **Braulio Nogueira de Oliveira** contribuiu com a revisão crítica e a redação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. As conferências nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde debate*. 2001;25(58):12-25.
2. Oliveira W F, Martinhago F, Moraes RSAM. Entendendo o processo de reforma psiquiátrica: a construção da rede de atenção à saúde mental. Florianópolis: Abrasme; UFSC; 2009.
3. Schongut-Grollmus N, Tarrès JP. Relatos metodológicos: difractando experiências narrativas de investigación. *Forum Qual. Soc. Res*. 2015;16(2):1-24.
4. Fortaleza. Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2018-2021. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde; 2017.
5. Distrito Federal. Coordenação de Atenção Primária à Saúde. Guia de Territorialização e Diagnóstico de Área da Atenção Primária à Saúde/DF [Internet]. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal; 2019 [cited 2024 May 06]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/62415/>



METODOLOGIA PSICODRAMÁTICA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE JOVENS EM CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

PSYCHODRAMATIC METHODOLOGY IN YOUTH HEALTH EDUCATION IN COMPLIANCE WITH SOCIO-EDUCATIONAL MEASURES: AN EXPERIENCE REPORT

METODOLOGÍA PSICODRAMÁTICA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE JÓVENES EN EL CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS: UN RELATO DE EXPERIENCIA

Tatiana Santos da Silva Fontenele ¹

Irys Graciene de Vasconcelos Rodrigues ²

Erika Vanessa Serejo Costa ³

Como Citar:

Fontenele TSS, Rodrigues IGV, Costa EVS. Metodologia psicodramática na educação em saúde de jovens em cumprimento de medidas socioeducativas: um relato de experiência. *Sanare*. 2024;23(1).

Descritores:

Educação em Saúde; Educação em Saúde Bucal; Odontologia Comunitária; Saúde do adolescente.

Descriptors:

Health Education; Health Education, Dental; Community Dentistry; Adolescent Health.

Descriptores:

Educación en Salud; Educación en Salud Dental; Odontología Comunitaria; Salud del Adolescente.

Submetido:

19/12/2023

Aprovado:

30/04/2024

Autor(a) para Correspondência:

Tatiana Santos da Silva Fontenele
E-mail: dra.tatianasant@gmail.com

RESUMO

O ser humano passa por muitas transformações na adolescência. Durante essa fase os jovens podem se deparar com uma variedade de influências, podendo exercer impactos positivos e negativos, abrangendo desde o uso de substâncias ilícitas até o envolvimento em atividades criminosas. Nesse contexto, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social é uma unidade pública que atende famílias e pessoas em situação de risco social ou com direitos violados, oferecendo serviços e intervenções para proteger e promover os direitos humanos dessas pessoas. Trata-se de estudo descritivo e narrativo, do tipo relato de experiência, com o objetivo de explanar a prática vivida pelos acadêmicos de odontologia em uma atividade em grupo realizada com jovens em cumprimento de medidas socioeducativas, em que foi realizada uma ação de educação em saúde, incluindo acolhimento, palestras sobre higiene bucal e distribuição de folders sobre o autoexame para a detecção de doenças como HIV, sífilis, herpes e câncer de boca. Ressaltou-se a importância do autocuidado na prevenção de doenças sistêmicas, bucais, mentais e psicossociais, utilizando-se de recursos psicodramáticos como principal metodologia pedagógica, além de refletir acerca da percepção dos acadêmicos sobre o método empregado de acordo com a participação dos adolescentes.

1. Discente do curso de Odontologia da Faculdade Ieducare. E-mail: dra.tatianasant@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4921-0135>

2. Discente do curso de Odontologia da Faculdade Ieducare. E-mail: doc.irysvasconcelos@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7260-186X>

3. Docente do curso de Odontologia da Faculdade Ieducare. E-mail: erikaserejo@fied.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6845-1965>

ABSTRACT

Human beings go through many transformations during adolescence, during this time young people can come across a variety of influences, which can have positive and negative impacts, ranging from the use of illicit substances to involvement in criminal activities. In this context, the Specialized Reference Center for Social Assistance (CREAS) is a public unit that serves families and people at social risk or with violated rights, offering services and interventions to protect and promote their human rights. This study is descriptive and narrative of the experience report type and aims to explain the practice experienced by dentistry students in a group activity carried out with young people in compliance with a socio-educational measure, where a health education action was carried out, including reception, lectures on oral hygiene and distribution of folders on self-examination to detect diseases such as HIV, Syphilis, herpes and Mouth Cancer. The importance of self-care in the prevention of systemic, oral, mental and psychosocial diseases was highlighted, using psychodramatic techniques as the main pedagogical methodology, in addition to reflecting the academics' perception of the method used according to the participation of adolescents.

RESUMEN

El ser humano pasa por muchas transformaciones durante la adolescencia. Durante esta fase, los jóvenes pueden encontrarse con una variedad de influencias, que pueden tener impactos positivos y negativos, que van desde el uso de sustancias ilícitas hasta la participación en actividades delictivas. En este contexto, el Centro de Referência Especializado de Assistência Social es una unidad pública que atiende a familias y personas en riesgo social o con derechos vulnerados, ofreciendo servicios e intervenciones para proteger y promover sus derechos humanos. Este es un estudio descriptivo y narrativo, del tipo relato de experiencia, y tiene como objetivo explicar la práctica vivida por estudiantes de odontología en una actividad grupal realizada con jóvenes en cumplimiento de una medida socioeducativa, donde se llevó a cabo una acción de educación en salud, incluyendo la acogida, charlas sobre higiene bucal y distribución de carpetas sobre autoexamen para detectar enfermedades como VIH, sífilis, herpes y cáncer de boca. Se destacó la importancia del autocuidado en la prevención de enfermedades sistémicas, bucales, mentales y psicosociales, utilizando técnicas psicodramáticas como principal metodología pedagógica, además de reflejar la percepción de los académicos sobre el método utilizado según la participación de los adolescentes.

INTRODUÇÃO

A adolescência é o momento para a construção da autonomia e da adoção de hábitos saudáveis. Em contrapartida, também é uma fase que apresenta peculiaridades comportamentais que podem afetar o convívio social e a saúde. Trata-se de uma fase do desenvolvimento humano que marca a transição da infância para a idade adulta, representando um período de mudanças constantes, abrangendo transformações biológicas, psicológicas e sociais que exercem um impacto significativo na saúde, capaz de moldar o futuro desse adolescente na fase adulta. Durante esse processo de formação, é crucial reconhecer que os adolescentes estão suscetíveis a maiores situações de vulnerabilidade¹. Vale ressaltar que, nessa faixa etária, o adolescente se encontra frequentemente em uma posição fragilizada diante das desigualdades sociais. A adolescência emerge como uma fase crucial da vida, na qual as bases para o futuro são estabelecidas. É nesse momento

que as “sementes” plantadas para criar o caminho futuro começam a demonstrar sua vitalidade e potencialidade, influenciando diretamente o desenvolvimento e o bem-estar a longo prazo¹.

As transformações durante a adolescência, tanto de natureza biológica quanto psicossocial, colocam os jovens em uma variedade de influências. Essas podem exercer impactos tanto positivos como negativos em suas trajetórias, abrangendo desde o uso de substâncias ilícitas até o envolvimento em atividades criminosas². Vale salientar que os maus hábitos têm uma influência significativa na saúde, contribuindo para uma variedade de problemas físicos, mentais e sociais. Entretanto, pequenas mudanças nos hábitos diários podem ter um impacto positivo e significativo na saúde do indivíduo.

Pode-se dizer que a educação em saúde representa um processo dinâmico e abrangente cujo propósito, além de transmitir informações, pode também fomentar o desenvolvimento de habilidades essenciais. Essa abordagem visa capacitar não

somente indivíduos, mas também comunidades e grupos inteiros, promovendo a adoção de comportamentos saudáveis e a tomada de decisões embasadas em relação à saúde e bem-estar. Trata-se de um engajamento contínuo que transcende a mera transmissão de conhecimento, buscando instigar uma compreensão profunda das complexidades da saúde.

É importante saber que a educação em saúde desempenha um papel crucial ao motivar a população a adotar comportamentos saudáveis. Ao fornecer conhecimento, ela capacita as pessoas a se tornarem agentes multiplicadores, compartilhando informações importantes. Além disso, a educação em saúde facilita diálogos construtivos com outros setores, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de forma abrangente^{2,3}. Contudo, pode-se dizer que a implementação de tecnologias inovadoras nas estratégias desses projetos representa um recurso valioso e eficiente para impulsionar a mudança de comportamento².

Os recursos psicodramáticos consistem em uso de um procedimento sistematizado que emprega artifícios dramáticos e de improvisação com o propósito de alcançar objetivos psicoterapêuticos ou pedagógicos³. As aplicações psicodramáticas são reconhecidas como processos orientados por meio de dramatização e imaginação em várias modalidades operacionais, tais como investigação, aprendizado, treinamento ou compreensão, visando propósitos terapêuticos⁴.

Algumas características de grande importância das metodologias pedagógicas psicodramáticas baseiam-se na oportunidade de explorar dinâmicas que emergem de forma natural dentro do grupo, possibilitando que os participantes se enxerguem como uma entidade relacional, por intermédio de recortes de memórias. Essa abordagem é particularmente valiosa para qualquer iniciativa educativa, incluindo a educação em saúde⁵. Nesse contexto, configura-se como uma ferramenta pedagógica altamente eficaz para atividades empreendidas em diversos contextos de grupos sociais, abrangendo, inclusive, aqueles compostos por jovens infratores.

A delinquência juvenil é a expressão internacionalmente adotada para descrever crimes cometidos por adolescentes. No contexto brasileiro, desde a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), utiliza-se o termo “infração” para se referir a esses atos cometidos por jovens⁶. As medidas socioeducativas destinadas ao jovem infrator são adaptadas conforme a natureza da

infração, as circunstâncias sociofamiliares e a disponibilidade de programas e serviços em âmbito municipal, regional e estadual. Essas medidas abrangem desde advertências até a possibilidade de internação, implicando na separação do convívio familiar⁷.

O Estatuto da Criança e do Adolescente contempla medidas de proteção para crianças e medidas socioeducativas destinadas aos jovens em situação de risco. Essas medidas buscam proporcionar aos jovens um caminho de recuperação condizente com suas condições e necessidades. São aplicadas quando um adolescente comete um ato infracional, após uma análise da autoria e responsabilidade. A abordagem visa à reeducação, sendo seu propósito central não a punição, mas a promoção da reintegração e desenvolvimento positivo dos jovens⁸.

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) representa uma instância pública da política de Assistência Social, dedicada ao atendimento de famílias e indivíduos em situação de risco social ou que tiveram seus direitos violados. Um dos públicos atendidos no CREAS trata-se de jovens em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade⁹. Contudo, pode-se afirmar que o principal objetivo das medidas socioeducativas é a busca da reeducação e ressocialização do menor infrator para que ele seja reinserido na sociedade.

Este estudo tem como objetivo principal relatar de maneira abrangente as atividades desenvolvidas no CREAS de Tianguá, Ceará, com um foco específico nas ações direcionadas aos jovens em cumprimento de medidas socioeducativas, com a utilização de mecanismos psicodramáticos como método pedagógico. Além disso, procurou-se realizar uma análise aprofundada da percepção desses jovens em relação aos cuidados com a saúde durante a adolescência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo narrativo e descritivo, do tipo relato de experiência, resultante da atividade de promoção em saúde vivenciada pelos alunos do sexto semestre do curso de odontologia da Faculdade Ieducare-FIED/UNINTA. Essa atividade foi promovida no mês de maio de 2023, por meio da disciplina de Estágio Multiprofissional I, ocorrida no Centro de Referência Especializado de Assistência Social em um município da Serra da Ibiapaba, Ceará.

O público-alvo envolveu em um grupo de 20 jovens com idades entre 16 e 22 anos, os quais estavam em cumprimento de medida socioeducativa e sendo acompanhados pelo CREAS. O objetivo principal foi promover a inclusão social, uma vez que esses jovens são frequentemente negligenciados pelas políticas públicas. Essa decisão não apenas buscou proporcionar educação em saúde, mas também oferecer apoio e facilitar a reintegração social desses jovens, que, muitas vezes, enfrentam marginalização e exclusão por parte da sociedade.

A atividade de educação em saúde adotou uma abordagem abrangente, incorporando a estratégias psicodramáticas palestras interativas e a distribuição de folders. Durante essa iniciativa, abordaram-se diversas temáticas de relevância para a promoção do bem-estar, incluindo higiene oral e a prevenção do câncer de boca. Além disso, foram discutidas estratégias para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, destacando a importância do autocuidado não apenas na prevenção dessas doenças, mas também na preservação da saúde sistêmica, mental e psicossocial dos participantes.

Durante o planejamento da ação educativa, buscou-se levar em consideração as necessidades específicas do público-alvo em questão, bem como a identificação de alguns hábitos prejudiciais comuns entre eles. A abordagem foi estruturada em três fases distintas: primeiro, um momento de acolhimento, seguido de uma palestra sobre autocuidado, utilizando-se de um jogo psicodramático; em seguida, uma palestra abordando a orientação de higiene oral; e, por fim, a distribuição de folhetos informativos e explicativos sobre doenças sexualmente transmissíveis, destacando a importância do autocuidado e autoexame. Essa estratégia visou proporcionar informações relevantes de maneira ampla, promovendo uma abordagem educativa completa e impactante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os acadêmicos de odontologia inicialmente realizaram o planejamento da atividade a ser desenvolvida, em que puderam identificar, de acordo com o estilo de vida dos jovens, a temática a ser abordada durante o momento da atividade a ser desenvolvida; além disso, puderam refletir sobre as metodologias a serem utilizadas e a forma como poderiam impactar a vida dos participantes. Com isso, depararam-se com um grande desafio, que foi

passar a sensação de acolhimento para o grupo de jovens que estavam em cumprimento de medidas socioeducativas, pois esses corriqueiramente se sentem excluídos pela sociedade.

Uma das preocupações e desafios enfrentados pelos acadêmicos ultrapassou a simples transmissão de informações, visto que eles se dedicaram para assegurar que os jovens absorvessem conhecimento e experimentassem um ambiente de acolhimento genuíno. O objetivo era fornecer dados, mas também cultivar um espaço onde os jovens se sentissem acolhidos e totalmente integrados à sociedade. Esse esforço ganha ainda mais relevância diante da persistência da exclusão social e do preconceito em nossos contextos, desafiando-nos a criar ambientes educacionais que transcendem o ensinamento comum, buscando a promoção da inclusão ativa e confrontando as barreiras sociais que perpetuam desigualdades.

Outro desafio significativo consistiu em encontrar uma abordagem que estimulasse a motivação dos jovens para participar ativamente e interagir de maneira envolvente. Foi nesse contexto que se delineou a decisão de iniciar a atividade com uma dinâmica “quebra-gelo”. A escolha de implementar essa dinâmica não apenas visava criar um ambiente mais receptivo desde o início, mas também buscava estabelecer um vínculo inicial entre os participantes, promovendo uma atmosfera de colaboração e entusiasmo que perduraria ao longo de toda a experiência educacional.

No primeiro momento, realizou-se o acolhimento dos jovens, utilizando de técnicas psicodramáticas por meio da dinâmica em grupo, manuseando uma bexiga inflável. Diversos campos usam de dinâmicas em grupo atualmente, como na gestão de pessoas, desenvolvimento organizacional e treinamentos. Além disso, sua aplicação se estende a contextos como psicoterapias de grupo, grupos comunitários e ambientes educacionais, como salas de aula¹⁰.

No início da atividade, cada jovem recebeu um balão cheio contendo um papel com uma palavra escrita, sendo elas: família, educação, saúde, moradia, fé, atividade física, alimentação, sociedade e autocuidado. Ao iniciar a dinâmica, solicitou-se que os jovens se levantassem e jogassem os balões para o ar, evitando que caíssem no chão. Inicialmente, alguns jovens demonstraram falta de motivação para participar, mas com o estímulo verbal dos acadêmicos acabaram se envolvendo na brincadeira.

Prosseguindo com a dinâmica, foi explicada a

mensagem subjacente do jogo, em que os balões simbolizavam a vida de cada participante. Foi destacado que cada indivíduo era responsável por sua própria vida e que, em determinados momentos, influências externas poderiam impactar positiva ou negativamente nela.

Continuando a etapa inicial de acolhimento e adentrando à dinâmica psicodramática em grupo, introduziu-se uma atividade simbólica. Cada participante foi convidado a estourar seu balão e recuperar o papel contido dentro dele. Em sequência, um a um, os jovens compartilharam as palavras que encontraram. Nesse instante, elucidamos com eles como essas palavras se entrelaçam com suas vidas e saúde, mediante a contextualização de situações imaginárias do cotidiano comum. À medida que os participantes forneciam suas respostas, as acadêmicas envolvidas no processo esclareciam de maneira mais aprofundada o impacto de cada aspecto nas vidas individuais e coletivas. Esse exercício não apenas promoveu a reflexão pessoal, mas também permitiu uma compreensão mais detalhada sobre como diferentes elementos podem influenciar o bem-estar e a saúde mental dos jovens envolvidos.

A atividade psicodramática, dentre suas várias qualidades, sobreveio como um excelente meio de comunicação, permitindo ao receptor uma participação ativa e a oportunidade de vivenciar as informações recebidas. Trata-se de uma técnica enriquecedora em que todos os participantes contribuem, facilitando significativamente a interação do grupo ao discutir as situações propostas³.

A dimensão terapêutica das abordagens psicodramáticas está fundamentada em um compromisso social e político, uma vez que essa abordagem considera constantemente as interações entre o indivíduo, o grupo e a sociedade¹¹.

Durante esse processo foi possível identificar fatores importantes por meio dos relatos dos jovens, observando-se que muitos deles não tiveram e não têm uma boa base familiar. Foi-lhes explicado que a família é a base da formação da criança e do adolescente e que esse fator pode impactar no desenvolvimento psicossocial infanto-juvenil³. Além disso, que este se configura como um dos elementos de risco associados a comportamentos violentos, englobando a influência genética, a presença de autoestima diminuída e expectativas reduzidas, o uso de substâncias tóxicas e a influência do ambiente na gênese da violência, especialmente em ambientes familiares e comunidades propensas à agressividade.

A qualidade das relações familiares desempenha um papel fundamental no encaminhamento dos jovens para a delinquência¹⁻⁶.

Adentrando ainda no âmbito familiar, ao abordar a educação, diversos jovens expressaram a convicção de que esse elemento não exercia influência direta sobre a saúde. Contudo, foi esclarecido que o conceito de educação vai muito além da mera frequência escolar. Ele abrange a compreensão e assimilação de hábitos saudáveis, a prevenção de doenças e a incorporação de boas maneiras, além de englobar os princípios fundamentais de uma criação saudável e equilibrada.

Empenhados em enriquecer ainda mais as discussões por meio de tecnologias psicodramáticas, exploraram-se temas cruciais como moradia, atividade física, alimentação e a relevância do autocuidado. Diante desses tópicos, os jovens demonstraram uma compreensão sólida das implicações e do impacto direto desses aspectos em sua saúde e qualidade de vida. Essa abordagem abrangente não apenas ampliou a conscientização sobre fatores determinantes para o bem-estar, mas também incentivou reflexões profundas sobre escolhas cotidianas e seu papel na construção de estilos de vida saudáveis e sustentáveis. Ressaltando que, nesse sentido, a definição de saúde vai além de ausência de doenças, e que diversos fatores determinam a qualidade de vida.

Inicialmente, os jovens apresentaram uma postura fechada e reclusa; contudo, à medida que a atividade se desenrolava, observou-se uma notável transformação no grupo. Os participantes se tornaram ativos, animados e, acima de tudo, participativos. Essa evolução demonstrou que a utilização de mecanismos psicodramáticos desempenhou um papel crucial nos resultados alcançados.

As técnicas participativas, quando aplicadas em atividades de grupo, proporcionam aos participantes a oportunidade de identificar e explorar necessidades e informações, refletir sobre esses aspectos, atribuir novos significados e valores e, por fim, perceber e adotar possibilidades de mudanças em suas vidas e estilos de vida³. A escolha específica de técnicas psicodramáticas se destacou como um recurso valioso, demonstrando-se fundamental para atingir os objetivos da Promoção da Saúde.

Por meio da ação, a técnica psicodramática proporcionou um espaço para o livre jogo da fantasia e da abstração. O aprendizado ocorreu de maneira integrada, envolvendo sensações, sentimentos,

intuições e intelecto. De forma geral, essa abordagem não apenas promove uma compreensão mais profunda, mas também estimula a aplicação prática das experiências vivenciadas, consolidando assim os benefícios tangíveis das tecnologias utilizadas pelo psicodrama na promoção do bem-estar e da saúde mental^{3,11}.

No segundo momento, realizou-se a palestra educativa sobre higiene oral, com utilização de um macromodelo e uma escova dental para a demonstração da Técnica de Fones (higiene bucal), que consiste em realizar movimentos circulares nas faces livres dos dentes e de “vai e vem” nas oclusais. Por meio desse momento, observou-se que os jovens expressaram compreender a relação entre a saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida, porém muitos deles relataram nunca terem tido orientação de higiene bucal por meio de um profissional da saúde, bem como não terem conhecimento da técnica correta de escovação dental.

No terceiro e último estágio, procedeu-se à distribuição de folders explicativos abordando a relevância do autocuidado e do autoexame, bem como fornecendo informações abrangentes sobre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), tais como HIV, sífilis e herpes. Os materiais não só elucidavam os sinais e manifestações orais dessas ISTs, mas também abordavam sintomas, métodos de diagnóstico e estratégias de prevenção. Adicionalmente, os folders enfatizavam a importância da conscientização sobre o câncer de boca, detalhando suas causas e instruindo sobre a correta execução do autoexame bucal. Essa iniciativa visava não apenas fornecer informações cruciais sobre a saúde bucal e sexual, mas também capacitava os participantes com conhecimentos práticos para a promoção de hábitos preventivos e a busca por cuidados adequados.

Contudo, ao aprofundarmos as interações, os jovens destacaram uma lacuna perceptível no que diz respeito à atenção voltada para aqueles que cumprem medidas socioeducativas. Eles enfatizaram a urgência de aprimoramentos nesse âmbito, evidenciando uma demanda por iniciativas que promovam a inclusão social efetiva. Em muitas situações, compartilharam a dificuldade de se sentirem plenamente inseridos na sociedade, apontando para a importância de serem criados ambientes e programas que não apenas ofereçam suporte, mas também cultivem um sentimento genuíno de pertencimento, essencial para o processo de reintegração social. Essa percepção ressalta a necessidade de abordagens

mais abrangentes e sensíveis, garantindo que todos, independentemente das circunstâncias, tenham oportunidades e recursos para construir uma conexão significativa com a sociedade.

CONCLUSÃO

A utilização de metodologias psicodramáticas como abordagem pedagógica emergiu como elemento central para atingir resultados expressivos nas iniciativas de educação em saúde voltadas ao público-alvo em consideração. Por meio dessa metodologia inovadora, não apenas foi possível catalisar uma maior receptividade dos jovens para explorar e compartilhar suas experiências, mas também facilitou a disseminação de informações pertinentes à saúde e autocuidado de forma notavelmente dinâmica e eficiente. O emprego de técnicas psicodramáticas como ferramenta introdutória possibilitou a transcendência das barreiras tradicionais da educação em saúde, criando um espaço interativo e participativo. Essa abordagem não só proporcionou um ambiente propício para a troca de ideias, mas também estimulou a reflexão ativa sobre práticas saudáveis e estratégias de autocuidado.

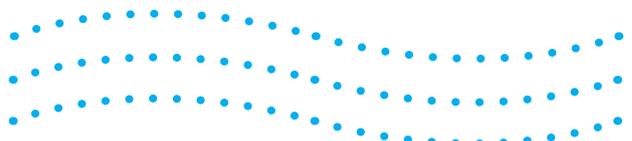
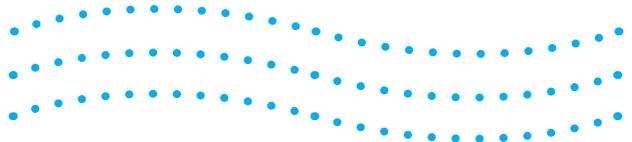
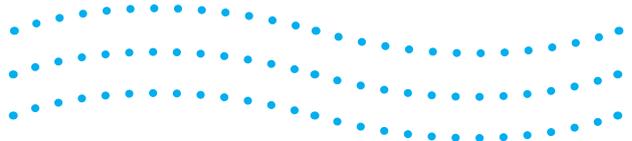
Com base nas respostas dos jovens ao longo de todas as fases da atividade, tornou-se evidente que as temáticas abordadas desempenharam um papel relevante. Por meio dessas discussões, conseguiu-se discernir a relevância significativa desses tópicos em suas vidas, contribuindo de maneira substancial tanto para seu bem-estar físico quanto mental. Fica claro que as abordagens adotadas não apenas proporcionaram informações valiosas, mas também desencadearam reflexões que impactaram positivamente a perspectiva dos jovens sobre diversos aspectos de sua saúde e qualidade de vida. Essa interseção entre as temáticas exploradas e as percepções dos participantes reforça a eficácia do método empregado, indicando um impacto tangível nas esferas pessoal e psicossocial dos envolvidos.

Partindo da análise dos relatos dos jovens, fica manifesto que uma parcela significativa deles experimenta sentimentos de marginalização e exclusão na sociedade em que estão inseridos. É categórico ressaltar a presença de lacunas expressivas nas políticas públicas destinadas a esse grupo específico, o que torna determinante não apenas promover a inclusão social, mas também estabelecer um ambiente favorável à reabilitação durante a execução de medidas socioeducativas.

Essa abordagem não só visa corrigir as disparidades existentes, mas também busca criar condições que propiciem a reintegração efetiva dos jovens à sociedade, promovendo, assim, um ambiente mais equitativo e resiliente para o desenvolvimento deles.

REFERÊNCIAS

- Freitas GSGF, Saraiva KVO, Junior WPS, Saraiva KRO, Martins TCR, Berton AF, et al. Educação em saúde com adolescentes vulneráveis: relato de experiência de ações em Medicina Social. Saúde Colet [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 28];9(51):2048-53. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/196>
- Antonelli BC, Néri LF, Brito JA, Vale SRB, Maximino LP, Wen CL, et al. Programas de educação em saúde em escolas para adolescentes: revisão integrativa da literatura. Distúrbios Da Comunicação [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 28];35(1):e57887. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/57887>
- Canel RC, Pelicioni MCF. Psicodrama Pedagógico: uma técnica participativa para estratégias de promoção de saúde. O Mundo Da Saúde [Internet]. 2017 [cited 2023 Nov 28];31(3):42633. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/885>
- Fernandes VA, Cenci CMB, Gaspodini IB. Intervenções em Psicodrama: uma revisão sistemática. Rev bras psicodrama [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 28];29(1):4-15. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-5393202100010002
- L'Abbate S. Educação em Saúde: uma Nova Abordagem. Cad Saúde Publ. 1994;10(4):481-90.
- Feijó MC, Assis SG. O contexto de exclusão social e de vulnerabilidades de jovens infratores e de suas famílias. Estudos de psicologia. 2004;9(1):1571-67.
- Bernardy CCF, Oliveira MLF. Uso de drogas por jovens infratores: perspectiva da família. Ciência cuidado e saúde. 2012;11:168-75.
- Alves TR, Cordeiro NT. criminalidade juvenil: o adolescente e a inefetividade de implementação do ECA sob as teias do abandono. Rev Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 28];8(11):1997-2013. Available from: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/7784>
- Ministério da Cidadania. Centro de Referência Especializado de Assistência Social [Internet]. 2019 [cited 2023 Nov 28]. Available from: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-creas-centro-de-referencia-especializado-em-assistencia-social>
- Minicucci A. Dinâmica de grupo, teorias e sistemas. São Paulo: Atlas S.A; 2012.
- Filho AJA, Ferreira MA, Gomes MLB, Silva RC, Santos TCF. O adolescente e as drogas: consequências para a saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007;11(4):605-10.



REGULAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DO ABSENTEÍSMO DE EXAMES E CONSULTAS ESPECIALIZADAS

HEALTHCARE REGULATION: STRATEGIES FOR REDUCING ABSENTEEISM IN EXAMS AND SPECIALIZED CONSULTATIONS
REGULACIÓN SANITARIA: ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL ABSENTISMO EN EXÁMENES Y CONSULTAS ESPECIALIZADAS

Jéssica Fernandes Lopes ¹

Lidiane Batista de Almeida ²

Mariana de Menezes Prado Pinto ³

Márcio Venicio de Alcantara ⁴

Marcos Aguiar Ribeiro ⁵

Francisco Cleiditon Costa Silva ⁶

Como Citar:

Lopes JF, Almeida LB, Pinto MMP, Alcantara MV, Ribeiro MA, Silva FCC. *Regulação em Saúde: Estratégias para Redução do Absenteísmo de Exames e Consultas Especializadas*. *Sanare*. 2024;23(1).

Descritores:

Sistema Único de Saúde; Regulação em saúde; Absenteísmo.

Descriptors:

Unified Health System (SUS); Health regulation; Absenteeism.

Descriptores:

Sistema Único de Salud (SUS); Regulación sanitaria; Absentismo.

Submetido:

14/11/2023

Aprovado:

02/04/2024

Autor(a) para Correspondência:

Jéssica Fernandes Lopes
E-mail: jehlopes9117@gmail.com

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo descrever a experiência de articulação entre a Central de Regulação e o Núcleo de Acesso e Comunicação aos Usuários do SUS (NAC-SUS) enquanto estratégia de comunicação e redução do absenteísmo em consultas e exames regulados pela Central de Regulação do município de Sobral, Ceará. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, construído a partir de registros de diários de campo das atividades realizadas pelos profissionais inseridos na Célula de Regulação do SUS (REGULA-SUS). O sistema de regulação está pautado em uma tecnologia da regulação em saúde, justificado pela necessidade de garantir uma adequação aos fluxos e necessidades específicas dos usuários do município de Sobral. Este sistema está alinhado com o NAC-SUS, que tem ampliado e facilitado o acesso dos usuários aos procedimentos regulados. A experiência da articulação entre a Central de Regulação do SUS e o NAC-SUS no município de Sobral, Ceará apresenta avanços significativos na gestão do acesso aos serviços de saúde, bem como na comunicação com os usuários, demonstrando ser eficaz na disseminação de informações sobre consultas e exames agendados; e promovendo maior envolvimento dos pacientes com seu próprio cuidado de saúde.

1. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). E-mail: jehlopes9117@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9846-4791>

2. Faculdade Princesa do Oeste (FPO). E-mail: lidiane_almeida2008@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3474-714X>

3. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). E-mail: marianapradopinto3@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0926-9877>

4. Centro Universitário INTA (UNINTA). E-mail: marciomoraes@sobral.ce.gov.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5946-5687>

5. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). E-mail: marcosribeiroce@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7299-8007>

6. Faculdade Luciano Feijão (FLF). E-mail: cleiditon2017@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-7122-3968>

ABSTRACT

The present paper aims to describe the experience of articulation between the Regulation Center and the Center for Access and Communication to SUS users (NAC-SUS) as a communication strategy to reduce absenteeism in consultations and exams regulated by the Regulation Center of the municipality of Sobral, Ceará. This is a descriptive study, in the form of an experience report, constructed from records of field diaries of the activities performed by professionals in the SUS Regulation Cell (REGULA-SUS). The regulation system is based on a health regulation technology, justified by the need to ensure an adequacy to the flows and specific needs of users in the municipality of Sobral. This system is aligned with NAC-SUS, which has expanded and facilitated users' access to regulated procedures. The experience of the articulation between the SUS Regulation Center and NAC-SUS in the municipality of Sobral, Ceará presents significant advances in the management of access to health services, as well as in communication with users, which has proven to be effective in disseminating information about scheduled consultations and exams; and in promoting greater involvement of patients with their own health care.

RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo describir la experiencia de articulación entre el Centro de Regulación y el Núcleo de Acceso y Comunicación a los usuarios del SUS (NAC-SUS) como estrategia de comunicación y reducción del absentismo en consultas y exámenes regulados por el Centro de Regulación del municipio de Sobral, Ceará. Se trata de un estudio descriptivo, tipo relato de experiencia, basado en registros de diarios de campo de las actividades realizadas por profesionales integrados en la Célula de Regulación del SUS (REGULA-SUS). El sistema de regulación se fundamenta en una tecnología de regulación sanitaria, justificado por la necesidad de asegurar una adecuación a los flujos y necesidades específicas de los usuarios del municipio de Sobral. Este sistema está alineado con el NAC-SUS, que ha ampliado y facilitado el acceso de los usuarios a los procedimientos regulados. La experiencia de la articulación entre el Centro de Regulación del SUS y NAC-SUS en el municipio de Sobral, Ceará presenta avances significativos en la gestión del acceso a los servicios de salud, así como en la comunicación con los usuarios, lo que ha demostrado ser eficaz en la difusión de información sobre consultas y exámenes programados; promoviendo una mayor implicación de los pacientes con su propia atención sanitaria.

INTRODUÇÃO

O histórico do desenvolvimento das políticas públicas de saúde do Brasil e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) evidenciou a necessidade de novas alternativas que reduzissem a fragmentação da gestão pública. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Regulação (PNR) por meio da Portaria GM/MS 1559/2008. O conceito de regulação está pautado na garantia da alocação de recursos para a implantação dos Complexos Reguladores da Assistência e desenvolvimento de instrumentos que operacionalizam as funções reguladoras¹.

A Regulação do SUS de Sobral (REGULASUS – Sobral) foi implantada em 30 de maio de 2019, inicialmente com o nome de Central Integrada de Regulação do SUS (CIR-SUS), vinculada à Célula de Auditoria e Regulação da Coordenadoria de Vigilância do Sistema de Saúde da Secretaria da Saúde de Sobral².

A proposta de implementação da Regulação do SUS (REGULA-SUS) de Sobral – CE foi fundamentada na Política Nacional de Regulação, a qual está

organizada em três dimensões, a saber: Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência, que devem ser desenvolvidas de forma dinâmica e integrada, com o objetivo de apoiar a organização do sistema de saúde brasileiro, aperfeiçoar os recursos disponíveis, qualificar a atenção e o acesso da população às ações e aos serviços de saúde¹.

A regulação da assistência tem um importante papel na qualificação da gestão, uma vez que estabelece diretrizes para a garantia de acesso aos serviços ofertados, bem como nos recursos aplicados, favorecendo a organização e qualificação do sistema para atender as situações de urgência e emergência de toda política de saúde, atendendo aos interesses da administração pública e aos princípios da eficiência, eficácia e efetividade³.

Atualmente, a Regulação em Saúde de Sobral está subdividida em três âmbitos de atuação: Central de Regulação de Consultas/Exames Especializados e Cirurgias Eletivas; Regulação de Acesso e Transporte; Núcleo de Acesso e Comunicação aos usuários do SUS (NAC-SUS). A Célula de Regulação atua no

controle de ofertas e agendamentos de consultas e exames dos usuários do município de Sobral, bem como articulação com os prestadores vinculados ao sistema de saúde. Para gerir os processos, a célula utiliza dois núcleos de atuação interligados e, juntos, utilizam três módulos de regulação por meio dos Sistemas de Regulação do Estado do Ceará *Fast Medic* e de um Sistema próprio de Regulação (SISREG-Sobral).

Já a Regulação de acesso e transporte é responsável pela articulação e deslocamento de usuários agendados para procedimentos fora do município de Sobral. O Núcleo de Acesso e Comunicação ao Usuário do SUS (NAC-SUS) trabalha diretamente com os usuários cadastrados nos Centros de Saúde da Família (CSF) para confirmar os agendamentos.

Nessa perspectiva, apesar dos esforços para estruturação de um complexo regulador municipal, ainda prevalece o desafio permanente em equilibrar a oferta com a exponencial demanda, preservando o caráter universal do acesso, de modo a garantir a integralidade do atendimento à saúde. Contudo, paradoxalmente, observa-se um expressivo número de usuários faltosos em consultas, exames e até cirurgias⁴.

Outro importante desafio é o absenteísmo de usuários em consultas e exames regulados pela Central. O absenteísmo configura-se como ato de não comparecer às consultas e/ou aos procedimentos agendados sem qualquer comunicação prévia ao local de realização⁵. O absenteísmo dos usuários da rede pública brasileira de saúde tem se revelado um problema crônico. O número de consultas e exames agendados e não realizados, devido ao não comparecimento dos usuários, atinge índices significativamente altos, que podem ser percebidos em todas as regiões do Brasil e em diversos tipos de atendimento e especialidade⁶.

Assim, surgiu a necessidade de desenvolver estratégias que contribuam para o gerenciamento do acesso dos usuários, reduzindo as filas de espera e as taxas de absenteísmo nas consultas especializadas. Para tanto, foi implementado o Núcleo de Acesso e Comunicação aos usuários do SUS (NAC-SUS) com objetivo de facilitar o acesso do usuário ao serviço e reduzir o tempo de espera na fila.

O presente estudo objetiva descrever a experiência de articulação entre Central de Regulação e o NAC-SUS enquanto estratégia de comunicação e redução do absenteísmo de consultas e exames regulados pela Central de Regulação do município de Sobral-Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, construído a partir de registros de diários de campo das atividades realizadas pelos profissionais inseridos na Célula de Regulação do SUS (REGULA-SUS) do município de Sobral-CE durante os períodos de julho de 2021 a setembro de 2023, com base nas atividades desenvolvidas no setor, protocolos municipais, estaduais e do MS.

No contexto local, Sobral é um município localizado no interior do estado de Ceará, a 235 quilômetros da capital Fortaleza. Tem uma população de 203.023 habitantes, segundo a estimativa do IBGE no último censo (2022). O município, além da zona urbana, possui zonas rurais, com distâncias superiores a 60 km da sede do município⁷.

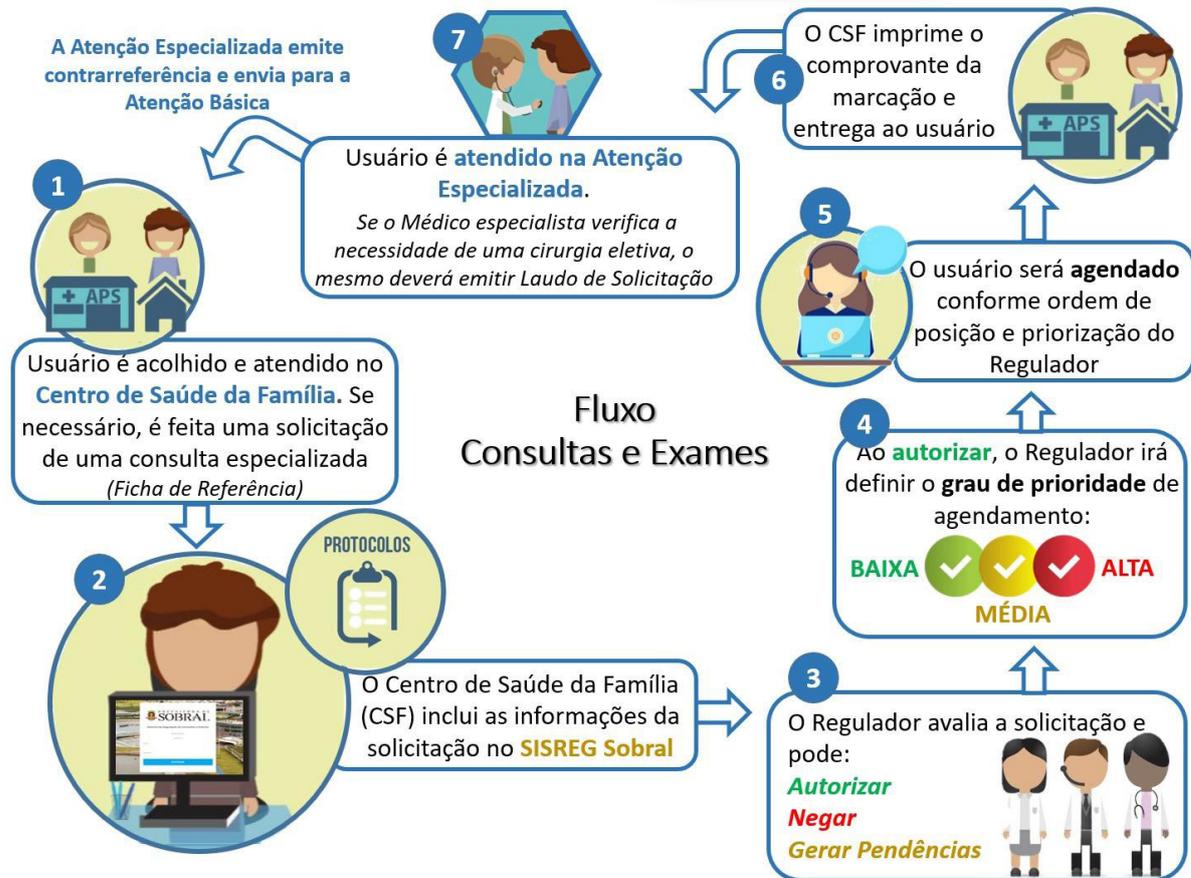
Na organização regional do SUS, Sobral configura-se como uma referência para a Macrorregião Norte do estado do Ceará composta por 55 municípios, onde se concentra maior parte dos serviços de média e alta complexidade dessa macrorregião. No tocante à Atenção Primária à Saúde (APS), são 38 Centros de Saúde da Família (70 equipes de Estratégia Saúde da Família - ESF, seis equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, 50 equipes de Saúde Bucal, três equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar e duas Academias da Saúde), dos quais 23 encontram-se na zona urbana e 14 na zona rural⁷.

A Atenção Especializada é composta pelos seguintes equipamentos: Centro de Especialidades Médicas (CEM); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Geral); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD); Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi); Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS); Centro de Referência de Hanseníase e Tuberculose; Centro de Reabilitação de Sobral; Unidade Mista Doutor Tomaz Corrêa Aragão e Vigilância de Sistema em Saúde. Na rede hospitalar do município de Sobral, destacam-se a Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS), o Hospital Regional Norte (HRN), o Hospital do Coração (HC) e o Hospital Municipal Estevam Ponte (HMEP).

Foram atendidos os aspectos éticos e legais, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda pesquisas realizadas com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Figura 1 - Regulação de Consultas e Exames Especializados em Sobral - CE.



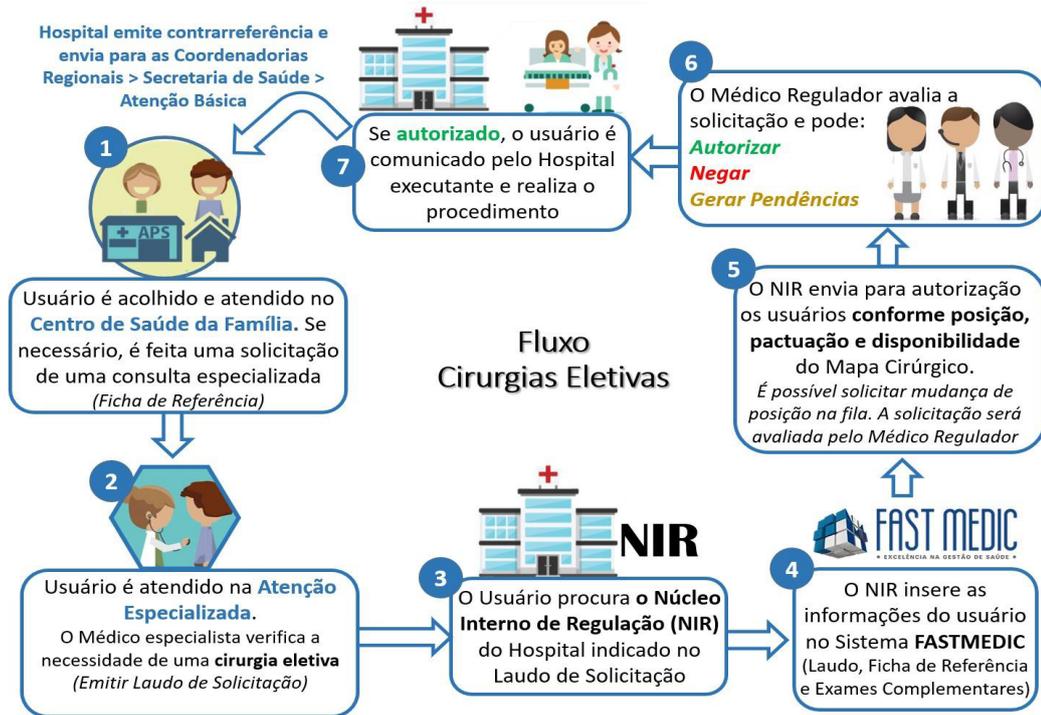
Fonte: Arquivos da Coordenadoria de Vigilância do Sistema. Sobral-CE, 2022.

É notório que o processo de regulação em saúde deve ser um mecanismo vivo dentro do sistema de saúde que necessita guiar-se em protocolos clínicos pactuados. Assim, a regulação acontece de forma que possibilita uma maior transparência de dados e celeridade com fundamento nos protocolos clínicos e técnicos quanto às consultas e exames que são agendados e, conseqüentemente, permitindo maior eficiência no processo e melhores desfechos para o paciente.

O SISREG-Sobral encontra-se instalado na totalidade dos Centros de Saúde da Família de Sobral (CSF) e nos prestadores de Serviços do SUS, bem como prestadores contratados e conveniados, de modo a consentir a gestão das filas de espera de consultas e exames especializados, subsidiando também as áreas de controle, avaliação, planejamento e gestão, auxiliando gestores na tomada de decisão⁸. Assim, as solicitações são reguladas pela Central de Regulação de Sobral e agendadas conforme grau de prioridade, tendo como princípio fundamental a garantia do acesso com equidade dos usuários do SUS².

Quanto ao sistema *Fast Medic*, é responsável pela gestão de leitos hospitalares que viabilizam a regulação das internações e transferências entre todos os hospitais da macrorregião, controle de registros de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), autorização ou glosas de procedimentos, regulação e marcação de consultas e exames (exceto o município de Sobral), além de ofertar relatórios de gestão sobre todos os módulos ofertados (regimento interno). Estes são autorizados pelos profissionais médicos reguladores. O fluxo de regulação de cirurgias eletivas encontra-se esquematizado na Figura 2.

Figura 2 - Fluxo para a Regulação de Cirurgias Eletivas em Sobral - CE.



Fonte: Arquivos da Coordenadoria de Vigilância do Sistema. Sobral-CE, 2022.

Diferentes formulações têm dado destaque à Atenção Primária à Saúde como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, base das redes de atenção e função de coordenação do cuidado. A regulação assistencial (ou do acesso), por sua vez, vem sendo considerada, no Brasil, uma estratégia e tecnologia central de gestão das redes⁸.

O Núcleo de Acesso e Comunicação aos usuários do SUS (NAC-SUS) foi implementado em agosto de 2021 pela Secretaria de Saúde do município de Sobral-Ceará, por meio da Coordenação de Vigilância de Sistema em Saúde, com o objetivo de ampliar e facilitar o acesso dos usuários às informações de procedimentos agendados pelo sistema público de saúde.

Atualmente, o NAC-SUS é composto por uma enfermeira e quatro assistentes administrativos. Inicialmente, o serviço entra em contato com os usuários cadastrados nos CSF e informa, através de mensagem de texto no aplicativo *WhatsApp* e/ou ligação telefônica, o envio dos comprovantes de agendamento. No comprovante de agendamento emitido, constam informações referentes ao profissional, local, data e horário das consultas e exames agendados. Além do envio dos comprovantes de agendamento, é priorizado informações sobre o preparo para determinados exames, como:

colonoscopia e endoscopia. Posteriormente ao agendamento, a equipe entra em contato novamente para confirmar a presença e realizar uma pesquisa de satisfação quanto ao atendimento.

O uso do *WhatsApp* favoreceu a comunicação entre os profissionais do NAC-SUS e os usuários. A popularização da internet corroborou para torná-la um dos principais meios de comunicação, visto que possibilita a aquisição e a ampliação do conhecimento. Assim, utilização do aplicativo mostrou-se uma estratégia que possibilita maior aproximação dos usuários sobre informações importantes relacionadas à saúde⁹.

Existem desafios importantes no processo de trabalho do NAC-SUS, entre eles: cadastros equivocados de usuários, ausência de números válidos e/ou números incorretos, o que dificulta a efetividade da comunicação com os usuários que tiveram suas consultas agendadas. Desse modo, apesar dos impactos no enfrentamento do absenteísmo, ainda existem importantes desafios a serem superados.

Nesse sentido, além das estratégias de qualificação da comunicação, faz-se necessário o desenvolvimento de meios e processos de sensibilização dos usuários, bem como de constantes análises que avaliem os fatores causais do absenteísmo, de maneira

a possibilitar o desenvolvimento de múltiplas intervenções.

A literatura descreve algumas das principais causas de absenteísmo relacionadas ao usuário. Em relação aos aspectos socioeconômicos e demográficos, a ausência dos usuários nas consultas relaciona-se à falta de dinheiro, à perda da moradia e à mudança de bairro ou cidade. Além disso, há de se considerar que os usuários também depreendem sentidos das experiências vividas. Destarte, por medo ou por se sentirem saudáveis, julgam que não precisam ir à consulta. O próprio adoecimento, assim como a doença em familiares, o esquecimento da data marcada, a impossibilidade de ser acompanhado pelos pais ou responsável legal e problemas trabalhistas são algumas variáveis pessoais que também contribuem para o comportamento do absenteísmo⁴.

Desde o início da implantação do REGULA-SUS e NAC-SUS, foi perceptível que essas novas propostas de gestão facilitaram o acesso dos usuários aos serviços de saúde. No primeiro semestre de funcionamento do ano de 2023, foram realizadas mais de 25 mil ligações, com o objetivo de dar informações aos usuários sobre os agendamentos. Quanto aos usuários que não têm telefone, foram comunicados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) de seu bairro. É importante que esses mantenham seus números cadastrados e atualizados nos CSFs, pois proporciona agilidade no serviço de comunicação realizado pelo NAC-SUS que, por sua vez, oportuniza aos usuários as informações sobre consultas e exames agendados.

Trabalhar Regulação em Saúde é pensar em otimização dos recursos, ou seja, é pensar em eficiência, eficácia e efetividade da gestão pública, portanto não deve ser realizada de forma vertical e unilateral, precisa de envolvimento dos atores envolvidos no processo. Além disso, a Regulação em Saúde potencializa os princípios do SUS no que tange a universalidade e equidade na prestação dos serviços; a descentralização compartilhada entre os entes federativos; e a regionalização e hierarquização da rede, buscando a garantia do acesso do cidadão ao serviço a qual necessitar no seu território¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da articulação entre a Central de Regulação do SUS e o Núcleo de Acesso e Comunicação aos Usuários do SUS (NAC-SUS) no município de Sobral-Ceará apresenta avanços significativos na gestão do acesso aos serviços de saúde. O contexto

em que se insere, com uma população diversificada e desafios logísticos devido à extensão geográfica, destaca a importância de estratégias inovadoras para melhorar a eficiência e a efetividade do sistema de saúde.

A implementação do Sistema Informatizado de Regulação (SISREG-Sobral) e a integração com o sistema *Fast Medic* permitiram uma abordagem mais transparente e baseada em protocolos clínicos, agilizando o processo de regulação e melhorando os desfechos para os pacientes. Além disso, o uso do *WhatsApp* como ferramenta de comunicação com os usuários demonstrou ser eficaz na disseminação de informações sobre consultas e exames agendados, o que promove maior envolvimento dos pacientes com seu próprio cuidado de saúde.

No entanto, existem desafios a serem superados, como cadastros incorretos de usuários e outras barreiras pessoais que contribuem para o absenteísmo. Para enfrentar esses desafios, é necessário desenvolver estratégias adicionais de sensibilização dos usuários e análise constante das causas do absenteísmo, a fim de implementar intervenções adequadas.

A regulação em saúde desempenha um papel fundamental na busca pela otimização dos recursos e na garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. Ela também contribui para os princípios do SUS, como a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede de saúde. Portanto, a experiência de Sobral representa um passo importante na direção de uma gestão pública de saúde mais eficaz e centrada no paciente.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Jéssica Fernandes Lopes contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa, a redação e a revisão crítica do manuscrito. **Lidiane Batista de Almeida, Marcos Aguiar Ribeiro** contribuíram com a redação do manuscrito, análise e interpretação dos dados. **Mariana de Menezes Prado Pinto, Márcio Venício de Alcantara e Francisco Cleiditon Costa Siva** contribuíram com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/GM nº 1559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

2. Sobral (Município). Regimento interno da Célula de Regulação do SUS de Sobral-Ce (Regula-SUS). Sobral: Prefeitura de Sobral; 2022. [cited 2022 dez 01].

3. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. Cad saúde colet [Internet]. 2016Jan;24(1):49-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010106>

4. Rodrigues JG, Stein JOS, Nunes AT, Vasconcelos KA, Zandonade E, Anhoque CF. Perfil de absenteísmo às consultas eletivas de subespecialidades pediátricas de um hospital universitário. RBPS [Internet]. 30º de setembro de 2019 [citado 27º de outubro de 2023];21(3):113-21. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/28215>

5. Beltrame SM, Oliveira AE, Santos MAB, Santos ET. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade no sistema universal de saúde. Saúde debate [Internet]. 2019Oct;43(123):1015-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912303>

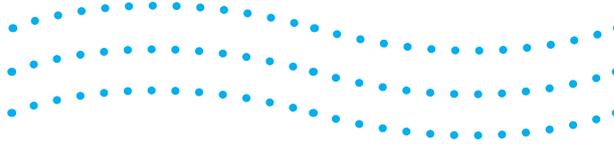
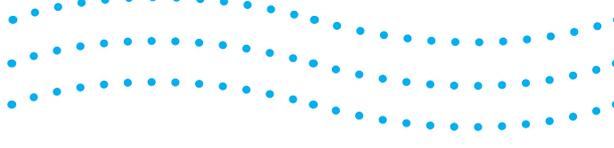
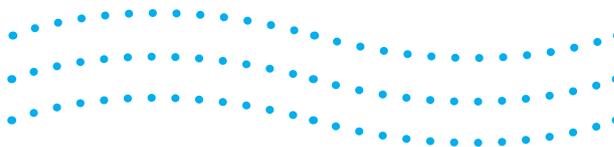
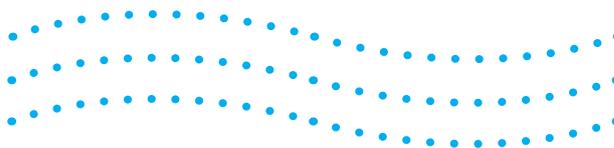
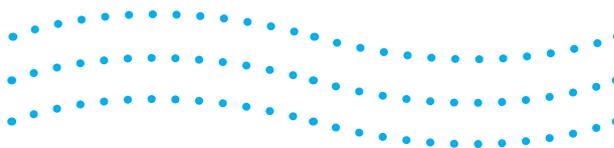
6. Oleskovicz M, Oliva FL, Grisi CC H, Lima AC, Custódio I. Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014May;30(5):1009-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158612>

7. Ribeiro MA, Júnior DGA, Cavalcante ASP, Martins AF, de Sousa LA, de Carvalho RC, (RE)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. APS Em Revista [Internet]. 2020 Jun 8;2(2):177-88. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.125>

8. Melo EA, Gomes GG, Oliveira J, Henrique P, Kennedy. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. Physis [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2023 Oct 27];31(1). <https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310109>

9. Teodoro Farias QL, Rocha SP, Pedroza Cavalcante AS, Diniz JL, da Ponte Neto OA, Vasconcelos MIO. Implicações das tecnologias de informação e comunicação no processo de educação permanente em saúde. Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde [Internet]. 31º de dezembro de 2017 [citado 27º de outubro de 2023];11(4). Disponível em: <https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1261>

10. Macedo TR, Possoli L, Rocha D, Prado SS, Westphal PC. Regulação em saúde em tempos de Covid-19: um relato de experiência / Regulação sanitária em tempos de Covid-19: um relato de experiência. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 23 de dezembro de 2020 [citado em 27 de outubro de 2023];3(6):19455-6. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/22146>



REPENSANDO O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SOMATIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

RETHINKING THE SUMMATIVE ASSESSMENT INSTRUMENT: EXPERIENCE REPORT IN MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN MENTAL HEALTH

REPLANTEANDO EL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN SUMATIVA: RELATO DE EXPERIENCIA EN RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD MENTAL

Barbara Frigini De Marchi ¹

Nelson Francisco Serrão Júnior ²

Como Citar:

Marchi BF, Júnior NFS. *Repensando o Instrumento de Avaliação Somativa: relato de experiência em residência multiprofissional em saúde mental.* *Sanare.* 2024;(23)1.

Descritores:

Avaliação somativa; Residência multidisciplinar; Saúde mental.

Descriptors:

Summative assessment; Multiprofessional residency; Mental health.

Descriptores:

Evaluación sumativa; Residencia multidisciplinaria; Salud mental.

Submetido:

19/12/2023

Aprovado:

17/04/2024

Autor(a) para Correspondência:

Barbara Frigini De Marchi
E-mail: psi.barbarafdm@gmail.com

RESUMO

Os programas de residência multiprofissional em saúde fundamentam-se como estratégia de reorganização dos serviços públicos, sendo uma de suas ênfases a de saúde mental. Como parte do processo educacional, tem-se a avaliação somativa que visa verificar se o residente atingiu os objetivos e desenvolveu as competências esperadas. Descrever a experiência de preceptora de um programa de residência multiprofissional em saúde mental do sudeste do Brasil no que tange a proposição de modificações no instrumento de avaliação somativa é o objetivo deste estudo. A experiência, qualitativa, contou com a participação de oito adultos (residentes, ex-residentes e preceptores), com quem a preceptora se encontrou em setembro de 2023. Percebeu-se que o instrumento atual é considerado pelo grupo como cansativo, repetitivo e ineficiente, enquanto o proposto pela técnica-docente foi caracterizado como objetivo e específico, além de ser pertinente a todos os cenários de práticas da área de formação. Advoga-se em favor das alterações no instrumento, cujas novas questões abarcam temas caros à saúde mental e são comuns às realidades da atenção primária, secundária e terciária em saúde, destacando-se que também é papel do preceptor, para além da educação em serviço, colaborar no aprimoramento das questões formais do programa de residência.

1. Psicóloga da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: psi.barbarafdm@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7092-6819>.

2. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Pampa, campus Uruguaiiana (RS). Docente colaborador do Curso de Especialização em Preceptoría Multiprofissional na área da Saúde do Hospital Moinho de Ventos, Porto Alegre (RS). E-mail: nelsonserrao@unipampa.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0280-0752>.

ABSTRACT

Multiprofessional residency programs in health are based on a strategy for the reorganization of public services, and one of their emphases is the mental health. As part of the educational process, there is a summative assessment that aims to verify if the resident has achieved the objectives and developed the expected skills. Describe the experience of a preceptor of a multiprofessional residency program in mental health in Brazil southeastern, regarding the proposition of modifications in the summative assessment instrument is the aim of this study. The qualitative experience included the participation of eight adults (residents, former residents and preceptors) with whom the preceptor met in September 2023. It was noticed that the current instrument is considered by the group as tiring, repetitive and inefficient, while the one proposed by the teaching technician was characterized as objective and specific, in addition to being pertinent to all scenarios of practices in the training area. We advocate in favor of changes in the instrument, whose new questions encompass themes dear to mental health and are common to the realities of primary, secondary and tertiary health care, highlighting that it is also the role of the preceptor, in addition to in-service education, to collaborate in the improvement of the formal issues of the residency program.

RESUMEN

Los programas de residencia multiprofesional en salud se basan en una estrategia de reorganización de los servicios públicos, siendo uno de sus énfasis la salud mental. Como parte del proceso educativo, se realiza una evaluación sumativa que tiene como objetivo verificar si el residente ha alcanzado los objetivos y desarrollado las habilidades esperadas. Describir la experiencia de una preceptora de un programa de residencia multiprofesional en salud mental en el sureste de Brasil sobre la propuesta de modificaciones en el instrumento de evaluación sumativa es el objetivo de este estudio. La experiencia cualitativa incluyó la participación de ocho adultos (residentes, ex residentes y preceptores), con quienes el preceptor se reunió en septiembre de 2023. Se observó que el instrumento actual es considerado por el grupo como agotador, repetitivo e ineficiente, mientras que el propuesto por el técnico docente fue caracterizado como objetivo y específico, además de ser pertinente para todos los escenarios de prácticas en el área de formación. Abogamos por cambios en el instrumento, cuyas nuevas preguntas abarcan temas caros a la salud mental y son comunes a las realidades de la atención primaria, secundaria y terciaria de salud, destacando que también es papel del preceptor, además de la educación en servicio, colaborar en la mejora de las cuestiones formales del programa de residencia.

INTRODUÇÃO

Instituídos pela Lei nº 11.129¹ e coordenados conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e da Educação, os programas de residência multiprofissional em saúde fundamentam-se como estratégia de reorganização dos serviços públicos, tendo como base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), numa tentativa de promoção de mudanças no modelo biomédico tradicional e ainda hegemônico de atenção à saúde². Para além disso, caracterizam-se por estreita cooperação intersetorial, de modo a favorecer a inserção de jovens profissionais da saúde no mercado formal de trabalho³, uma vez que funcionam como modalidade de pós-graduação *lato sensu*, sob a forma de curso de especialização por ensino em serviço.

As residências têm regime de dedicação exclusiva, carga horária semanal de 60 horas e duração mínima de dois anos. Sendo multiprofissionais, abrangem as

seguintes áreas de formação: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional⁴. O ingresso nas turmas se dá anualmente, por meio de processo seletivo público⁵. Cumpre salientar que alguns programas mantêm seleções próprias, enquanto outros estão aderidos ao Exame Nacional de Residência (ENARE), por meio de seleção unificada.

Uma das ênfases possíveis, dentre os variados programas de residência, é a de saúde mental, a qual, em sintonia com o movimento da reforma psiquiátrica, tem potencial de transformação de práticas⁶, produzindo saúde por meio de cuidado ético, responsável e humanizado que combata a desqualificação de queixas e a reprodução de ações asilares, normativas e invasivas⁷. Assim, a participação de residentes, de diferentes formações profissionais, contribui para a efetivação de um

tratamento pautado na inclusão social, cidadania, garantia de direitos e promoção de autonomia de pessoas em grave sofrimento psíquico⁸ ou com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas para além dos muros dos hospitais, mas no território existencial de cada um – isto é, em seu lugar psicossocial de subjetivação e relacionamentos. Para isso, deve haver amparo de diferentes componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual foi instituída pela Portaria Ministerial nº. 3.088 de 2011⁹.

É preciso alertar, porém, que a RAPS não se resume à concretude dos equipamentos (tais como unidades básicas de saúde/UBS, centros de atenção psicossocial/CAPS, residências terapêuticas, unidades de pronto atendimento e serviços hospitalares). Está, na verdade, atrelada de forma direta às relações de parceria dos profissionais e ao investimento que dispõem entre si, tendo como base o objetivo de ofertar o melhor cuidado ao usuário^{9,10}, colocando-o, inclusive, como parte da gestão desse processo, a partir da construção de um projeto terapêutico singular.

Para além da variedade de modalidades de residências multiprofissionais (para citar: em atenção em oncologia, saúde coletiva, cuidados paliativos, atenção à saúde da criança e do adolescente), há também a pressuposição de diversos componentes do processo formativo. Destaca-se, aqui, a avaliação dos residentes, a qual deve ser parte integrante de todo o processo educacional como uma ferramenta de aprendizagem¹¹. Nesse sentido, a avaliação pode ser classificada como formativa ou somativa. A primeira se dá de forma contínua e visa, em essência, o levantamento de informações para a regulação do processo de ensino-aprendizagem do residente^{12, 13}. Por sua vez, a segunda tem como finalidade verificar se o profissional atingiu os objetivos e desenvolveu as competências dele esperadas^{11,14}.

A avaliação somativa tem, por consequência, fins de decisão sobre a progressão do aluno no curso, concessão de certificação e cálculo de notas finais^{11,14}, estando, por consequência, voltada à mensuração, diferentemente do que ocorre na do tipo formativa. É importante frisar que a avaliação somativa pode ocorrer ao final de um curso, módulo ou estágio¹⁵ e, se bem conduzida, fornece dados que podem subsidiar intervenções em prol do crescimento pessoal e profissional do educando. Não menos importante, contribui para que os programas de residência possam se assegurar de

estarem, realmente, formando especialistas dotados dos atributos necessários ao desempenho de suas atividades com qualidade¹⁶.

Tendo esses aspectos em consideração, o presente artigo tem como objetivo descrever a experiência de preceptora vinculada a um programa de residência multiprofissional em saúde mental da região sudeste do país no que tange a proposição de mudanças no instrumento de avaliação somativa dos residentes. Salienta-se que o preceptor é o profissional cujo exercício se dá no ambiente de trabalho, isto é, no cenário de prática do residente, e que se debruça sobre o progresso clínico dos alunos, bem como por sua avaliação nesse processo¹⁷. Desse modo, o preceptor é aquele que articula os mundos da escola e do trabalho, apresentando a realidade ao residentes, mas também operando uma assistência com bases científicas sólidas¹⁸.

METODOLOGIA

Este é um estudo de natureza descritiva, na modalidade de relato de experiência, realizado em um hospital público da região sudeste do Brasil durante encontros com diferentes atores atuantes no ou egressos do programa, durante o mês de setembro do ano de 2023. Vale pontuar que o programa em questão visa a formação de profissionais comprometidos ética e politicamente com a saúde mental, passíveis de inserção imediata na RAPS e voltados à intervenção multidisciplinar crítica, a partir dos princípios do SUS. Em sua estrutura curricular, tem como campos 11 centros de atenção psicossocial, 11 unidades básicas de saúde e duas instituições hospitalares com enfermarias psiquiátricas, distribuídos em quatro municípios do estado. Conta, geralmente, com 25 profissionais na educação em serviço, atendidos por um corpo docente de 15 tutores e 25 preceptores, sendo que os primeiros desenvolvem os trabalhos de forma presencial e os segundos, por sua vez, remotamente.

Apesar da qualidade do projeto político-pedagógico que orienta a formação, há fragilidades no processo avaliativo, as quais são recorrentemente reportadas tanto por residentes como por preceptores. Isso porque, atualmente, o instrumento de avaliação somativa é comum, também, aos programas de residência em cuidados paliativos e saúde coletiva, sendo constituído por cinco perguntas, a saber: 1) Como tem sido o desenvolvimento do(a) residente nas atividades de

prática? 2) Como tem sido o desenvolvimento do(a) residente no cuidado individual ao usuário? 3) Como tem sido o desenvolvimento do(a) residente no cuidado coletivo? 4) Como tem sido as atitudes do(a) residente no trabalho em equipe, com os colegas e preceptor(es)? e 5) Como tem sido o cumprimento do pacto de trabalho construído com o preceptor e equipe?

Cada uma dessas questões contém as opções de resposta (chamados conceitos) 'precisa melhorar' ou 'satisfatório', a serem assinaladas pelo preceptor, além de espaços em branco para registro das impressões sobre o desempenho do profissional sob orientação, como também para recomendações a ele. Há, ainda, no instrumento, a possibilidade de o residente se manifestar a respeito da avaliação, o que é seguido, então, pelos campos de assinaturas de ambos os atores.

Tendo em vista a recorrente insatisfação relatada pelos residentes e preceptores durante os períodos de avaliação, a técnica-docente delineou a proposta de instrumento que segue descrita: 1) Como tem sido o desenvolvimento do(a) residente nas atividades de prática? 2) Como tem sido o desenvolvimento do(a) residente no cuidado individual ao usuário? 3) Como tem sido o desenvolvimento do(a) residente no cuidado coletivo? 4) Como tem sido as atitudes do(a) residente no trabalho em equipe, com os colegas e preceptor(es)? 5) Como tem sido o cumprimento do pacto de trabalho construído com o preceptor e equipe? 6) Como tem sido a compreensão do(a) residente a respeito da organização da RAPS e a articulação dos diferentes serviços que a compõem? 7) Como tem sido a condução, pelos residentes, dos casos de usuários/pacientes em crise em saúde mental (Quais estratégias de cuidado o(a) residente tem empregado? De que modo?), e 8) Como tem sido a atuação do(a) residente, com base na lógica da atenção psicossocial?

Percebe-se que a proposição diz respeito à manutenção das perguntas originais, acrescidas de outras três. Para analisar sua viabilidade, participaram, então, dessa experiência oito adultos vinculados, no momento ou no passado, ao programa de residência multiprofissional em saúde mental já mencionado, com idades variando entre 27 e 59 anos e sendo a maior parte (seis) do sexo feminino. Quanto às funções de cada um, quatro eram residentes, dois já ex-residentes e os outros dois, preceptores. Além disso, a maior parte eram assistentes sociais (seis), enquanto um psicólogo e um enfermeiro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tais participantes foram, inicialmente, convidados a compartilharem as três primeiras palavras que lhe vinham a mente quando tinham em consideração o atual instrumento de avaliação somativa do programa. As respostas mais citadas foram *cansativa*, *repetitiva* e *ineficiente*, sendo seguidas por *confusa*, *genérica*, *incoerente*, *tutelada*, *ineficaz*, *insuficiente*, *número*, *importante*, *não mede conhecimento* e *planejamento*. Nesse sentido, fica claro que associam, diretamente, as perguntas da ficha em utilização a, sobretudo, cansaço, repetição e ineficiência, o que leva ao questionamento de sua adequabilidade ao programa e, assim, justifica a necessidade de ser modificada para atender, de fato, ao objetivo a que se propõe. Pode-se observar, ainda, que, com exceção das palavras 'importante' e 'planejamento', as demais carregam também sentido negativo.

É nítido que os residentes (em formação ou já formados), bem como os preceptores, acabam compreendendo esse momento fundamental do ensino-aprendizado como tarefa meramente burocrática, na contramão do que prevê a literatura^{11, 14, 16}. Isto denota, ainda, que a ficha de avaliação atual do programa é genérica e não consegue mensurar ou avaliar com especificidade o campo de saber a que se refere, pois não engloba itens diretamente relacionados à saúde mental. Além disso, a partir das trocas realizadas com os residentes durante os processos avaliativos e, ainda, com base na experiência prévia de reprovação de uma residente, foi possível perceber que também a metodologia de avaliação dos profissionais-alunos é pouco clara e consistente, gerando questionamentos recorrentes sobre as tomadas de decisão dos preceptores e, por consequência, desgaste recorrente entre esses e prejudicando o vínculo de confiança e aprendizagem.

Na contramão dessa realidade, quando solicitados a lerem a ficha proposta pela preceptora, a qual mantém as questões originais e acresce mais três, os respondentes indicaram novas palavras. Dentre elas, tiveram maior destaque *específica*, *objetiva* e *rede*, acompanhadas de *interessante*, *articulação*, *fidedigna*, *ampliação*, *coletivo*, *reunião de equipe*, *crise*, *analítica*, *mede conhecimento*, *não se esgota*, *acolhimento* e *interativa*. É possível perceber, dessa vez, que todos os vocábulos indicam alguma potencialidade do instrumento reformulado, com destaque para sua capacidade de ser objetivo e específico, logo, mais

fidedigno e adequado à mensuração do conhecimento – como deve ser nesse tipo de avaliação^{11, 14}. Nesse sentido, os oito participantes afirmaram, de forma unânime, que as três novas perguntas se aplicam a todos os cenários de prática que compõem a residência multiprofissional em saúde mental em questão – nesse caso, UBS, CAPS e hospitais⁹.

As justificativas dos residentes e preceptores para esse tópico puderam ser divididas em dois núcleos de sentido: *trabalho em rede* e *competências do residente*. O primeiro diz respeito à articulação dos serviços componentes da RAPS. Apesar de citarem que, muitas vezes, os pontos de atenção não atuam de forma articulada e integrada no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico grave, essa articulação é fundamental para a eficiência do acompanhamento e atendimento às necessidades^{9, 10}.

Já o segundo se refere às capacidades e ações que se espera que os residentes desenvolvam ao longo do processo formativo, tais como: análise das demandas de saúde dos indivíduos e da comunidade, construção de projetos terapêuticos singulares, realização de acolhimento de forma implicada e ética e identificação de nós críticos no processo de trabalho. As respostas consideradas nessa categoria destacaram, assim, que o público-alvo dos equipamentos pelos quais passam durante a formação é o mesmo e, portanto, as habilidades que lhes demandam são similares.

Além disso, a maior parte do grupo (seis pessoas) indicou considerar que o instrumento de avaliação somativa, sendo o mesmo para os programas de saúde coletiva, cuidados paliativos e saúde mental, não é adequado. Os residentes e preceptores justificaram – na única categoria formulada e denominada *especificidades do programa* – que ela não reflete as particularidades da atuação em saúde mental e, portanto, prejudica a eficiência e fidedignidade do processo.

Uma ex-residente relatou, inclusive, não saber do que se trata o instrumento de avaliação somativa e acreditar que tenha sido um dos vários formulários que preencheu ao longo do curso, dos quais salienta que desconhecia o propósito. Esse ponto abre uma outra discussão, também pertinente: os profissionais em formação conhecem o regimento interno do programa de que fazem parte e os processos que lhe são inerentes? Remonta, além disso, à compreensão que carregam sobre a avaliação. Além de crer, erroneamente, que cabe a si a execução da avaliação somativa, a residente corrobora as palavras que

os participantes mencionaram quando avaliaram o instrumento empregado no programa atualmente, pois parece não ver sentido no momento avaliativo.

Já a menor parte do grupo (duas pessoas), que vê sem problemas o fato de o instrumento atual da saúde mental ser comum ao de outros programas, justificaram que ele contempla um *processo avaliativo*, isto é, cumpre um pré-requisito formal do curso. No entanto, é sabido que a função e importância da avaliação não se resumem a isso. Como ferramenta de formação de profissionais críticos e reflexivos, a avaliação é voltada à aprendizagem. Nesse sentido, apesar de conter classificação e pontuação, a avaliação somativa não visa a punição, mas a identificação de potencialidades e fragilidades do residente, partindo da experiência e conhecimentos que já detém e promovendo, assim, uma aprendizagem que lhe seja significativa e reverbere na qualidade de seu fazer cotidiano, alcançando, portanto, um dos propósitos de qualquer residência em saúde^{1,2}.

Cumprir salientar que, para além da função principal de educador¹⁹, é também dever do preceptor, enquanto agente do processo formativo de profissionais qualificados para o cuidado à população – seja no sistema público ou privado de saúde – colaborar no aprimoramento do programa de residência²⁰, propondo mudanças quando couberem, já que detém um conhecimento não só teórico, mas também operacional e dinâmico advindo da interação constante com os residentes no campo de vivência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível inferir que os atores envolvidos nessa experiência avaliam positivamente a mudança no processo de avaliação somativa, considerando que as novas questões abarcam temas caros à saúde mental e comuns às realidades da atenção primária, secundária e terciária. Isto posto, pode-se conjecturar que, se aplicadas as sugestões delineadas, deva haver benefícios ao programa de residência, tais como maior satisfação dos atores envolvidos e possibilidade de intensificar a preceptoria com foco nas fragilidades do residente (nos itens em que recebeu “precisa melhorar”).

No mais, é importante apontar como limitação desse relato de experiência o reduzido número de pessoas envolvidas, como também a falta de diversidade em suas formações acadêmicas. Além disso, seria interessante que participassem atores de diferentes funções no programa, incluindo

coordenador e tutores, de modo a conferir maior riqueza e diversidade nos olhares sobre o instrumento de avaliação somativa em análise.

Registra-se, por fim, que, como continuidade dessa iniciativa, a nova ficha de avaliação pode ser apresentada à coordenação do programa de residência multiprofissional em saúde mental para que essa possa encaminhá-la, após apreciação, ao núcleo pedagógico para avaliação e possível implantação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União 30 jun 2005.
2. Alves CS, Dalbello-Araujo M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde Debate*. 2019; 43(123):1240-1258. ISSN: 0103-1104. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369063021> doi:10.1590/0103-1104201912320
3. Rosa SD, Lopes RE. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab. Educ. Saúde*. 2010; 7(3):479-498. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n3/06.pdf> doi:10.1590/s1981-77462009000300006
4. Ministério da Educação e Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União 13 nov 2009; Seção 1.
5. Ministério da Educação e Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 16, de 22 de dezembro de 2014. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde 47 (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União 23 dez 2014; Seção 1.
6. Coelho TAD, Nunes MO, Barreto SMG. Residência em saúde mental: educando trabalhadores para a atenção psicossocial. 1. ed. Salvador: EDUFBA; 2017.
7. De Marchi BF. Aspectos da atuação do psicólogo em internação psiquiátrica adulta. In: Miranda GU, Couto LLM. *Psicologia, saúde e assistência social: articulando práticas e saberes*. Bauru: Editora Gradus; 2021. p 59-78.
8. Brasil. Diretrizes Clínicas em Saúde Mental. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. 1ª ed.; 2018b.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 30 dez 2011; Seção 1.
10. KINOSHITA, RT. Tykanori fala sobre redes. Canal Saúde mental AD [vídeo]; 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=P4fXHGjD-VA>
11. Souza R. Atributos fundamentais dos procedimentos de avaliação. 2011. Disponível em: <https://1library.org/document/zx02j2oz-atributos-fundamentais-dos-procedimentos-de-avaliacao-ruy-souza.html>
12. Caseiro CCF, Gebran RA. Avaliação formativa: concepção, práticas e dificuldades. *Nuances*. 2008; 15(16): 141-161. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/181> doi: 10.14572
13. Rodrigues, SG, Neves, M.G.C. Avaliação formativa: vivências em metodologia ativa de ensino aprendizagem na visão docente e discente. *Com. Ciências Saúde*, 2015; 26(3/4): 105-114
14. Zeferino AM, Passeri SMR. Avaliação da aprendizagem do estudante. *Cad. ABEM*. 2007; 3, 39-43: 2007. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM_Vol03.pdf
15. Alexandre, TMO, Lorena, SB. Proposta de avaliação em cenários de prática para residência em enfermagem: guia informativo. 2022; 33p. Disponível em: <https://repositorio.fps.edu.br/bitstream/4861/777/3/Produ%C3%A7%C3%A3o%20T%3%A9cnica%20-%20Tatyane%20Manso.pdf>
16. Troncon LEA. Avaliação de habilidades clínicas: os métodos tradicionais e o modelo “OSCE”. *Olho Mágico*. 2001; 1: 8-12. Disponível em: <http://www.uel.br/ccs/olhomagico/v8n1/osce.htm>
17. Botti, SH0, Rego, STA. Preceptor, supervisor,

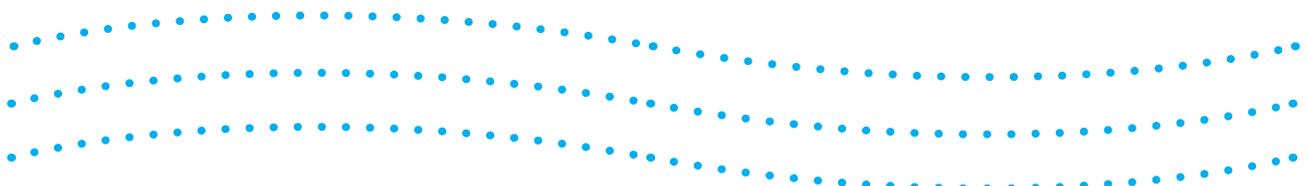
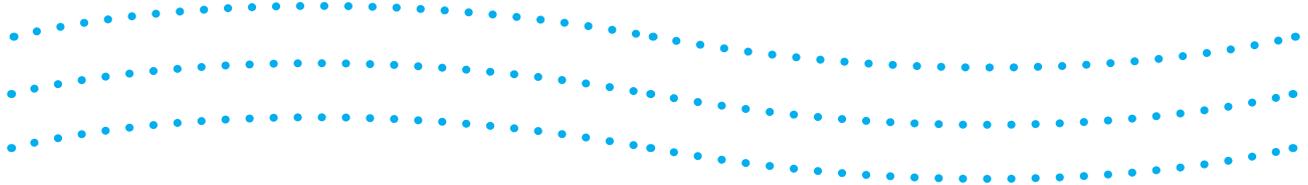
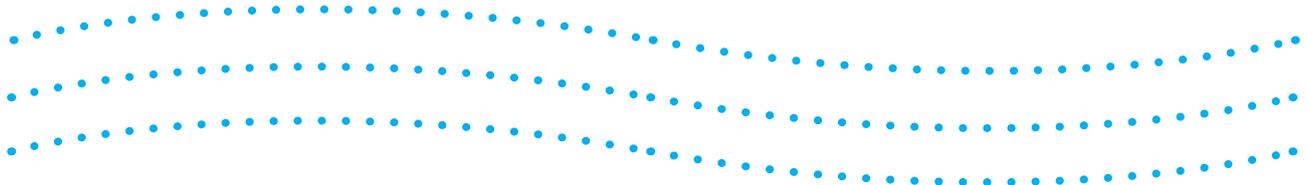
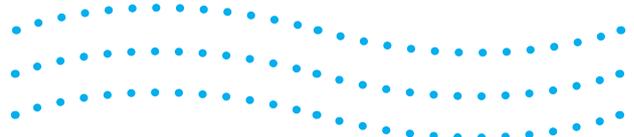
tutor e mentor: quais são seus papéis? Revista Brasileira de Educação Médica. 2008; 32(3): 363-373.

18. Ribeiro, KRB. Residências em saúde: saberes do preceptor no processo ensino-aprendizagem.

19. Tese de doutorado (Programa de Pós-Graduação de Enfermagem). 2015: 228p.

20. Botti, SH0, Rego, STA. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. Physis. 2011; 21(1): 65-85.

21. Brasil. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Resolução nº2 de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em áreas da saúde. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cnrms-2-2012.htm>



AROMATERAPIA E AUTOCUIDADO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA JUNTO A UM GRUPO DE IDOSOS

AROMATHERAPY AND SELF-CARE IN HEALTH: AN EXPERIENCE REPORT WITH A GROUP OF ELDERLY PEOPLE
AROMATERAPIA Y AUTOCUIDADO EN SALUD: UN REPORTE DE EXPERIENCIA CON UN GRUPO DE PERSONAS MAYORES

Karine da Silva Oliveira ¹

Antônio Lucas Siqueira Ximenes ²

Marília de Sousa Frota ³

Yana Paula Bastos Brandão ⁴

Samara Evangelista da Silva ⁵

Neires Alves de Freitas ⁶

Como Citar:

Oliveira KS, Ximenes ALS, Frota MS, Brandão YPB, Silva SE, Freitas NA. Aromaterapia e Autocuidado em Saúde: um Relato de Experiência Junto a um Grupo de Idosos. *Sanare*. 2024;23(1).

Descritores:

Terapias alternativas; Aromaterapia; Educação em saúde; Autocuidado.

Descriptors:

Alternative therapies; Aromatherapy; Health education; Self-care.

Descriptores:

Terapias alternativas; Aromaterapia; Educación para la salud; Cuidados personales.

Submetido:

14/09/2023

Aprovado:

09/01/2024

Autor(a) para Correspondência:

Karine da Silva Oliveira
E-mail: kariineoliveira01@gmail.com

RESUMO

A aromaterapia é uma prática terapêutica que utiliza os óleos essenciais (OEs) adquiridos das plantas aromáticas por meio da inalação, e que visa promover a saúde e o bem-estar do corpo e da mente, ou seja, tem o intuito de prevenir e/ou tratar problemas físicos, psicológicos e energéticos. Dessa forma, esta pesquisa tem por objetivo apresentar uma intervenção sobre aromaterapia realizada por uma equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família junto a um grupo de convivência de idosos do bairro Campo dos Velhos, em Sobral, Ceará. A intervenção foi realizada em agosto de 2023, em um equipamento social do bairro, por meio de cinco momentos: acolhida, identificação dos conhecimentos prévios do público sobre aromaterapia, exposição dialogada sobre aromaterapia, experiência olfativa e conclusão. A realização da intervenção permitiu que os participantes apreendessem novos conhecimentos e proporcionou momentos de integração, multiplicação e compartilhamento de saberes e práticas sobre a aromaterapia.

1. Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: kariineoliveira01@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7278-2484>

2. Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará. Residente em Saúde da Família na Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: ximeneslucas01@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9547-3925>

3. Graduação em Serviço Social pela Universidade Norte do Paraná. Residente em Saúde da Família na Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: mariliasfrota@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1880-9646>

4. Graduação em Farmácia pelo Centro Universitário UNINTA. Residente em Saúde da Família na Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: yanabastos13@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3000-4910>

5. Graduação em Nutrição pelo Centro Universitário UNINTA. Nutricionista da Santa Casa de Misericórdia de Sobral/Ceará. E-mail: samara.evangelista.nr@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8050-9433>

6. Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Docente do Centro Universitário UNINTA. E-mail: neiresalves@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3350-3520>

ABSTRACT

Aromatherapy is a therapeutic practice that uses essential oils (EOs) acquired from aromatic plants through inhalation, and which aims to promote the health and well-being of the body and mind, that is, it aims to prevent and/or or treat physical, psychological and energetic problems. Thus, this research aims to present an intervention on aromatherapy carried out by a team of multidisciplinary family health residents together with a social group of elderly people in the Campo dos Velhos neighborhood, in Sobral, Ceará. The intervention was carried out in August 2023, in a social facility in the neighborhood, through five moments: welcome, identification of the public's prior knowledge about aromatherapy, dialogued exposition about aromatherapy, olfactory experience and conclusion. Carrying out the intervention allowed the participants to learn new knowledge and provided moments of integration, multiplication and sharing of knowledge and practices about aromatherapy.

RESUMEN

La aromaterapia es una práctica terapéutica que utiliza aceites esenciales (AEs) adquiridos de plantas aromáticas mediante inhalación, y que tiene como objetivo promover la salud y el bienestar del cuerpo y la mente, es decir, tiene como objetivo prevenir y/o tratar enfermedades físicas, problemas psicológicos y energéticos. Así, esta investigación tiene como objetivo presentar una intervención sobre aromaterapia realizada por un equipo multidisciplinario de residentes en salud de la familia junto con un grupo social de personas mayores en el barrio Campo dos Velhos, en Sobral, Ceará. La intervención se realizó en agosto de 2023, en un equipamiento social del barrio, a través de cinco momentos: bienvenida, identificación de conocimientos previos del público sobre aromaterapia, exposición dialogada sobre aromaterapia, experiencia olfativa y conclusión. La realización de la intervención permitió a los participantes aprender nuevos conocimientos y proporcionó momentos de integración, multiplicación e intercambio de conocimientos y prácticas sobre aromaterapia.

INTRODUÇÃO

O uso de ervas aromáticas em rituais e com finalidades terapêuticas é conhecido desde a antiguidade. Florence Nigthingale aplicou o óleo essencial de lavanda na testa dos soldados para acalmá-los na guerra da Crimeia, em 1853. A aromaterapia ganhou status de ciência em 1910, com o trabalho realizado pelo perfumista e engenheiro químico René Maurice Gattefossé, considerado o pai da aromaterapia. Ele pesquisou as propriedades terapêuticas dos óleos essenciais. Ao tratar uma queimadura, adquirida em um acidente de trabalho em um laboratório de perfumaria familiar, acabou experimentando a ação antisséptica do óleo essencial de lavanda. Posteriormente, em 1918, criou o antisséptico "Le salvol", usado em ambiente hospitalar com eficiência durante a gripe espanhola¹.

Destaca-se também o trabalho do médico Jean Valnet, que obteve resultados bastante promissores ao tratar soldados feridos na Segunda Guerra Mundial com os óleos essenciais (OEs)^{2,3}. Já na Inglaterra, Marguerite Maury desenvolveu a aromaterapia holística com base nas teorias de enfermagem¹. Ela pesquisou sobre as influências dos OEs no sistema límbico, desenvolveu a ideia da prescrição individual

e abriu a primeira clínica de aromaterapia em Londres^{1,4}.

No final da década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o Programa de Medicina Tradicional, com o intuito de desenvolver estudos científicos que evidenciassem a segurança, eficácia e a qualidade do uso de mecanismos naturais para a prevenção de agravos e recuperação da saúde. Desde então, a OMS tem incentivado a formulação e implementação de políticas públicas visando o uso racional da medicina tradicional, com ênfase na escuta acolhedora, desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade⁵.

No Brasil, houve a instituição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), por meio da Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Esta Portaria regularizou a utilização de plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, dentre outros recursos, para o cuidado e atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

Dentre os objetivos da PNPIC destacam-se a incorporação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS com uma abordagem voltada para a prevenção de agravos e promoção da saúde, com ênfase na Atenção Primária à

Saúde (APS), propiciando o cuidado em saúde continuado, humanizado e integral; contribuição na resolubilidade do sistema e ampliação do acesso das populações às práticas, assegurando qualidade, eficiência e segurança na sua utilização; e estímulo à participação social, promovendo o envolvimento de usuários, gestores e trabalhadores nos diversos cenários de efetivação de políticas de saúde⁷.

Em 21 de março de 2018, por meio da Portaria nº 702, foram incluídas novas práticas à PNPIC, a exemplo da aromaterapia⁶.

A aromaterapia é uma prática terapêutica que utiliza os OEs adquiridos das plantas aromáticas, por meio da volatilização e absorção dos princípios ativos pelo organismo, por inalação. É definida como arte e ciência, e visa promover a saúde e o bem-estar do corpo e da mente, ou seja, tem o intuito de prevenir e/ou tratar problemas físicos, psicológicos e energéticos⁸.

Diante do exposto, este resumo tem por objetivo apresentar uma intervenção sobre aromaterapia realizada por uma equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família junto a um grupo de convivência de idosos do bairro Campo dos Velhos, em Sobral, Ceará, grupo este vinculado ao Centro de Saúde da Família (CSF) Terezinha Neves de Vasconcelos, localizado no mesmo bairro.

A intervenção foi realizada com o intuito de proporcionar um momento dialógico a partir de uma educação em saúde com os participantes do grupo e, a partir de então, potencializar a utilização da aromaterapia de forma complementar ao seus processos de cuidado e autocuidado em saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se do relato da experiência de uma intervenção com caráter educativo, informativo e dialógico sobre aromaterapia, realizada por uma equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família, junto a um grupo de convivência de idosos vinculado a um CSF do município de Sobral, Ceará. A intervenção foi realizada em agosto de 2023.

O público foi constituído por integrantes do grupo de convivência "Sagrada Família", composto por idosos, predominantemente do sexo feminino. O grupo possui vínculo com o CSF Terezinha Neves de Vasconcelos, localizado no bairro Campo dos Velhos, em Sobral, Ceará. O local da intervenção foi um equipamento social do mesmo bairro, uma igreja,

aonde periodicamente acontecem os encontros do grupo.

A intervenção ocorreu por meio de cinco momentos: acolhida, identificação dos conhecimentos prévios do público sobre aromaterapia, exposição dialogada sobre aromaterapia, experiência olfativa e conclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro momento da intervenção, foi realizada uma acolhida: no início do encontro, os participantes foram recebidos no local com uma música calma e receptiva.

No segundo momento buscou-se identificar os conhecimentos prévios dos idosos sobre aromaterapia. Estes foram indagados se conheciam a terapêutica e, para aqueles que conheciam, foram questionados sobre como ela poderia ser utilizada no dia-a-dia.

Historicamente, as primeiras práticas da aromaterapia foram realizadas pelos antigos egípcios com o intuito de higienização, massagens, mumificação, banhos purificantes e relaxantes. A primeira descrição a respeito dos OEs foi feita apenas no séc. XIII, por Arnold Villanova de Bachuone, que os caracterizou como concentrados voláteis, naturais e complexos, contendo um elevado teor de fragrâncias, sintetizado por plantas aromáticas durante o metabolismo secundário, e podendo ser extraídos de raízes, caules, folhas, frutos ou flores⁹.

No terceiro momento, a equipe de residentes facilitadora realizou uma roda de conversa com os participantes para a apresentação da prática terapêutica da aromaterapia e seus benefícios. Na ocasião, durante o diálogo, alguns participantes perceberam e relataram que já realizavam tal prática, mesmo sem saber da sua nomenclatura (aromaterapia). Além disso, foram apresentados também os benefícios dos OEs, sendo 3 os exemplos utilizados durante a intervenção: os óleos de eucalipto, de lavanda e de capim santo. Estes exemplos foram escolhidos devido à sua popularidade e familiaridade pelo grupo de idosos.

A aromaterapia, incluída entre as 29 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no SUS reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), caracteriza-se como uma estratégia alternativa de cuidado em saúde, sendo eficaz, segura e terapêutica. Encontra-se em ascensão no sistema de saúde do Brasil, e proporciona ao paciente bem-estar mental e corporal, principalmente com a

utilização de OEs, como os de lavanda, eucalipto e capim-santo, utilizados durante esta intervenção, pois estes possuem ação calmante, expectorante, dentre outros benefícios¹⁰.

No quarto momento foi realizada uma experiência olfativa: foram distribuídas a cada participante duas fitas, uma contendo essência de lavanda e a outra, essência de eucalipto. Em seguida, foi pedido aos idosos que identificassem quais fragrâncias sentiam com as fitas, por meio do olfato.

O sentido olfativo é muito primitivo e ao mesmo tempo sofisticado. O bulbo olfativo situado no alto das narinas contém cerca de dez milhões de células olfativas. Trata-se da única parte do sistema nervoso que está em contato direto com o ambiente. O sentido do olfato atua principalmente a nível subconsciente sem que o córtex cerebral registre. Os impulsos nervosos captados pelos nervos olfativos são enviados para o sistema límbico (amígdala, tálamo, hipotálamo, as glândulas pituitárias e a pineal e o hipocampo), local onde se processam as emoções como prazer, dor, raiva, medo, tristeza e memória. Dessa forma, com a aromaterapia, recebemos inúmeras informações sobre o ambiente e sobre os OEs³.

A aplicação dos OEs pode se dar de forma tópica, inalatória ou olfatória, visando à prevenção, cura ou diminuição dos sintomas apresentados por alguma doença. Quando os OEs atuam através do olfato, as moléculas dos óleos são absorvidas pelos nervos olfativos, os quais, por meio de uma ligação direta com o sistema nervoso central, levam o estímulo ao sistema límbico, sendo este responsável pelos sentimentos, memórias, impulsos e emoções⁸.

Assim, os aromas são facilitadores de memórias. Ao estimular as lembranças, permitem que as pessoas revejam detalhes de eventos e emoções passadas. Por isso, é recomendado investigar se o OE remete a alguma lembrança positiva ou negativa, para indicar ou não a sua aplicação¹¹.

Os OEs possuem componentes majoritários em sua composição. Dessa forma, considerando os OEs utilizados na intervenção realizada, o OE de lavanda possui o acetato de linalila e o linalol, que têm efeitos narcótico e sedativo, respectivamente. Estes componentes são responsáveis por propriedades benéficas tais como o relaxamento da mente, corpo e emoções⁸. O OE de eucalipto possui o eucaliptol como componente predominante, proporcionando atividade expectorante, fluidificante e antisséptica. Além disso, é amplamente utilizado para tratamento

de infecções das vias respiratórias, com aplicação segura em adultos e crianças acima de 12 anos¹². Já o OE do capim santo possui o citral como composto prevalente, que garante sua ação calmante e analgésica¹³.

Por fim, no quinto e último momento, concluindo a intervenção, foram entregues sachês perfumados com os OEs, confeccionados pela equipe de residentes, bem como entregue amostras de capim santo, para que os participantes pudessem utilizá-las para chás inalatórios.

Embora o envelhecimento geralmente esteja relacionado à perda de capacidades, os idosos devem permanecer ativos¹⁴. Comumente, na fase idosa, ocorre a utilização de vários medicamentos, também designado polifarmácia, que inclusive podem interagir entre si e trazer prejuízo ao idoso. O uso de anti-inflamatórios não esteróides é o método mais comum de alívio da dor em idosos, devido à sua eficácia. Porém, pode ocasionar sangramento gastrointestinal, oligúria, retenção de líquidos, diminuição da excreção de sódio, insuficiência renal e sangramento prolongado¹⁵.

Além dessas alterações que ambos os sexos estão sujeitos, no caso do sexo feminino há ainda a menopausa, que normalmente acontece por volta dos 45-50 anos. O rubor vasomotor ou rubor facial é considerado o principal sintoma e o problema mais comum da menopausa, durando de 1 a 2 anos na maioria das mulheres, porém em 25% das mulheres dura mais de 5 anos. A terapia hormonal é o tratamento de escolha para o controle dessa sintomatologia, porém menos pacientes se condicionam a essa terapia devido aos efeitos colaterais graves como hipertensão arterial, tromboflebite, câncer de mama, entre outros¹⁶.

Assim, intervenções não-farmacológicas, como a aromaterapia, devem ser propostas para a redução de efeitos colaterais durante o processo de envelhecimento e, inclusive, para elevar a qualidade de vida dos pacientes idosos¹⁷. Esta terapêutica pode ser utilizada por diversos profissionais da saúde, como psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, enfermeiros, médicos e outros, a fim de promover ou melhorar a saúde, o bem-estar, e estabelecer o equilíbrio físico e/ou emocional do indivíduo¹⁸.

A realização da intervenção promoveu, além da apreensão de novas informações a respeito da aromaterapia pelo público participante, a oportunidade de um espaço de integração, multiplicação e compartilhamento de conhecimentos.

No momento em que os idosos foram questionados se sabiam o que seria essa terapêutica, muitos pontuaram que nunca haviam ouvido falar a respeito antes. Assim, a partir da apresentação do conceito e do seu uso pela equipe de residentes, foi possível realizar o compartilhamento de informações, práticas e a construção de novos saberes.

Isso porque priorizou-se que toda a intervenção fosse desenvolvida da forma mais dialógica possível junto aos idosos. A equipe facilitadora, mesmo baseando-se em evidências científicas, pôde apresentar de forma didática, em formato de roda de conversa, o que atualmente entende-se por aromaterapia e quais são os benefícios da sua prática. Dessa maneira, foi viabilizada a inclusão e a multiplicação de novas perspectivas e conhecimentos, onde todos os saberes a respeito da prática foram considerados relevantes.

Conforme previamente citado, os participantes também puderam reconhecer a prática da aromaterapia nas suas atividades cotidianas. Durante a intervenção foi possível identificar que muitos integrantes do grupo já se utilizavam dessa terapêutica mesmo não a conhecendo conceitualmente. Assim, o público percebeu-se praticante da aromaterapia.

CONCLUSÃO

Conforme apresentado, a aromaterapia traz inúmeros benefícios para o cuidado e tratamento em saúde dos indivíduos. Assim, conclui-se a intervenção realizada foi efetiva ao proporcionar um espaço dialógico para a propagação e compartilhamento de novos conhecimentos entre a equipe de profissionais e o grupo de convivência acerca dessa prática. A exemplo disto, com a intervenção, observou-se que os participantes apropriaram-se acerca da utilização dos OEs e dos seus benefícios.

Ao final do momento, os participantes também sinalizaram a possibilidade de utilizar mais frequentemente a aromaterapia de forma complementar aos seus cuidados em saúde. Relacionado a isso, percebeu-se, por exemplo, que no início da intervenção os idosos utilizavam o chá de capim santo somente para ingestão; ao final, relataram que também utilizariam este para a inalação, já que neste momento já conheciam os seus benefícios.

Dessa forma, com a utilização da aromaterapia no tratamento da dor, estresse, ansiedade e de inúmeras outras patologias, observa-se o vasto campo que se

consegue alcançar através dessa terapêutica, como método complementar na promoção, recuperação e manutenção da saúde, visando sempre à melhoria na qualidade de vida da população assistida pela APS, e de maneira humanizada.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Karine da Silva Oliveira contribuiu com a concepção e delineamento da pesquisa, com a interpretação dos dados, com a redação do artigo, com a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e com a aprovação da versão a ser publicada. **Antônio Lucas Siqueira Ximenes, Marília de Sousa Frota** e **Yana Paula Bastos Brandão** contribuíram com a concepção e delineamento da pesquisa, com a redação do artigo e com a aprovação da versão a ser publicada. **Neíres Alves de Freitas** e **Samara Evangelista da Silva** contribuíram com a aprovação da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Gnatta JR, Zotelli MFM, Carmo DRB, Lopes CLBC, Rogenski NMB, Silva MJP. O uso da aromaterapia na melhora da autoestima. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2023 Aug 21]; 45(5):1113-20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/L3XtdLFv7fjRLVfdZPNksggh/?format=html>
2. Tisserand R. Aromaterapia para todos. Belo Horizonte: Ed. Laszlo; 2017.
3. Lavabre, M. Aromaterapia: a cura pelos óleos essenciais. Belo Horizonte: Ed Laszlo; 2018.
4. Buckle J. Aromaterapia clínica: Óleos essenciais no cuidado da saúde. Belo Horizonte: Laszlo; 2019.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2006 [home-page on the Internet]. [cited 2023 Aug 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares-PNPIC. Diário Oficial da União, 2018 [home-page on the Internet]. [cited 2023 Aug 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015 [home-page on the Internet]. [cited 2023 Aug 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf
8. Nascimento A. Aromaterapia: o poder das plantas e dos óleos essenciais/ Alexandra Nascimento, Ana Carla Koetz Prade. - Recife: Fiocruz-PE, ObservaPICS [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 20]. Disponível em: <https://fitoterapiabrasil.com.br/sites/default/files/documentos-oficiais/cuidado-integral-na-covid-aromaterapia-observapics.pdf>
9. Silva MAN, Coelho OP, Neves PR, Souza ARL, Silva GB, Lamarca EV. Acerca de pesquisas em aromaterapia: usos e benefícios à saúde. Revista da Universidade Ibirapuera [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 21]; 19: 32-40. Disponível em: <https://www.ibirapuera.br/seer/index.php/rev/article/view/224>
10. Santos ACF, El'aouar IS. Aromaterapia: uma nova tecnologia de cuidado, prevenção e promoção da saúde. Revista Cientifico [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 21]; 19(39): 107-128. Available from Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/AROMATERAPIA%3A-Uma-nova-tecnologia-de-cuidado%2C-e-da-Santos-El%2%80%99aouar/1af064ae6de49b59af65c39190d1a723ed7482f>
11. Goldberg L. Massagem e aromaterapia: uma abordagem prática. Nelson Thornes; 2001.
12. Cardoso HCW, Marin DR, Barros NB, Lugtenburg CAB. *Lavandula angustifolia*: uso da aromaterapia por massagem com óleo essencial de lavanda em várias patologias. Brazilian Journal of Development [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 23]; 7(5): 46320-46340. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/admin,+art+175+BJD+maio.pdf>
13. Oliveira CCA, Santos JS. Compostos ativos de capim-cidreira (*Cymbopogon citratus*): uma revisão. Research, Society and Development [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 23]; 10 (12): e263101220281-e263101220281. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20281>
14. Barakovi S, Husi JB, Hoof JV, Krejcar O, Maresova P, Akhtar Z, et al. Quality of Life Framework for Personalised Ageing: A Systematic Review of ICT Solutions. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 21]; 17(8): 2940. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/8/2940>
15. Tang SK, Tse MMY, Leung SF, Fotis T. The effectiveness, suitability, and sustainability of non-pharmacological methods of managing pain in communitydwelling older adults: a systematic review. BMC Public Health [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 21]; 19(1): 1-10. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7831-9>
16. Kazemzadeh R, Nikjou R, Rostamnegad M, Norouzi H. Effect of lavender aromatherapy on menopause hot flushing: A crossover randomized clinical trial. Journal of the Chinese Medical Association [Internet]. 2016 [cited 2023 Aug 21]; 79(9): 489-492. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S172649011630082X>
17. Sousa LCA, Ferreira BR, Ferreira LF, Wastowski IJ, Pires DJ. Aromaterapia: Benefícios para a saúde do idoso. Brazilian Journal of Health Review [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 21]; 4(1): 2167-2176. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/admin,+BJHR+176+Janeiro.pdf>
18. Almeida MCF, Chechetto F. O uso da aromaterapia no alívio da ansiedade. Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas da FAIT [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 25]; 2. Disponível em: http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/N1f0uA8WDUK94su_2021-3-9-15-41-17.pdf

